Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2012-2013

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

UNE ANNÉE DE GRANDS CHANGEMENTS!

CONCEPTION ET RÉALISATION :
MME LUCIE BÉRUBÉ
CORRECTION ORTHOGRAPHIQUE ET MISE EN PAGE :
MME ANNICK BERNARD

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS 5
   1.1. Message du Président du conseil d'administration 5
   1.2. Message du directeur général 6
2. DÉCLARATION 7
   2.1. Déclaration de fiabilité des données présentées au rapport et des contrôles afférents 7
   2.2. Rapport de la direction 8
3. PRÉSENTATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA (CSSSK) 9
   3.1. Description de la mission 9
   3.2. Diagramme du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) du Kamouraska 10
   3.3. Présentation de l'équipe de direction du CSSSK au 31 mars 2013 11
   3.4. Organigramme du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska (CSSSK) présentant les présidentes ou présidents des différents conseils ou comités, la direction général, les directions et les gestionnaires ou les personnes responsables des programmes au 31 mars 2013 12
   3.5. Contexte, faits saillants et caractéristiques de la population du territoire de la MRC de Kamouraska 13
   3.6. Description des services offerts 17
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESION ET D'IMPUTABILITÉ 19
   4.1. Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska 19
   4.2. L'engagement du CSSS de Kamouraska quant à l'entente de gestion et d'imputabilité 21
   4.3. Relativement à l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette 26
   4.4. Relativement à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) 27
      4.4.1. Au sujet de l'Agrément 27
      4.4.2. Au sujet de la sécurité des soins et services 34
      4.4.3. Au sujet de l'examen des plaintes et de la promotion des droits 35
      4.4.4. Au sujet de l'information et de la consultation de la population 35
5. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (CHAPITRE S-4.2) 36
   5.1. Liste des membres du conseil d'administration au 31 mars 2013 36
   5.2. Liste des conseils et comités 37
   5.3. Les faits saillants 38
6. PRÉSENTATION DES RAPPORTS ANNUELS DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX 41
   6.1. Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité 41
   6.2. Rapport annuel et plan d'action du comité de gestion des risques 42
   6.3. Rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services 46
   6.4. Rapport annuel du comité de révision 49
   6.5. Rapport annuel du médecin examinateur 50
   6.6. Rapport annuel et plan d'action du comité des usagers et des comités des résidents 51
   6.7. Rapport annuel et plan d'action du comité de prévention et de contrôle des infections 60
   6.8. Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 73
   6.9. Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers (CII) 76

6.10. Rapport annuel du conseil multidisciplinaire 80
6.11. Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique 83
6.12. Rapport annuel du comité des actifs informationnels 85
7. PRÉSENTATION DES RAPPORTS ANNUELS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS PRÉSENTANT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE (AU NIVEAU DES SERVICES OFFERTS, ACQUISITIONS IMMOBILISATION ETC.) 88
7.1. Direction de programmes et des soins infirmiers 88
7.2. Direction de programmes, de la qualité et du développement 91
7.3. Direction des services professionnels 95
7.4. Direction des ressources humaines et du développement organisationnel 100
7.5. Direction des ressources financières, techniques et informationnelles 106
8. REMERCIEMENTS AUX BÉNÉVOLES DU CSSSK 109
ANNEXES 111
I. INFORMATION RELATIVE AUX RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT 113
II. INFORMATION CONCERNANT LES ÉTATS FINANCIERS ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS 115
III. INFORMATION CONCERNANT LE TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 133
IV. RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT 137
V. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 139
VI. RAPPORT ANNUEL DE LA FONDATION DE L'HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DE-FATIMA 151

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

1.1. Message du Président du conseil d'administration

Au cours de l'année, le conseil d'administration a administré les affaires de l'Établissement et a exercé ses pouvoirs, sous réserve des dispositions prévues dans la Loi. Les membres du conseil d'administration ont défini les orientations stratégiques en conformité avec les orientations nationales et régionales et ont établi également les priorités avec respect.

C'est avec une direction générale intérimaire que le conseil d'administration a entamé l'année 2012-2013. En effet, M. Gilles Tremblay, directeur général intérimaire avait accepté d'assumer l'intérim de la direction de notre Établissement jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle personne à la direction générale. C'est donc après un processus rigoureux de sélection du directeur général que le jury a recommandé à l'unanimité au conseil d'administration et à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent le 17 mai 2012, la candidature de M. Jeannot Michaud au poste de directeur général. Dès le 14 mai 2012, sous la direction du nouveau directeur général, M. Jeannot Michaud, le conseil d'administration a tenu 21 séances dont trois extraordinaires dont une portait exclusivement sur le dossier de l'adaptation de l'offre de service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie qui a pour conséquence la fermeture des activités d'hébergement au Centre d'hébergement Thérèse-Martin, dix séances de travail, sept séances publiques et une rencontre du comité exécutif. Notons que les attentes du conseil d'administration ont été identifiées au directeur général. Lors de ces séances, différentes personnes ont été invitées à présenter certains dossiers.

Parmi les nombreux dossiers traités au cours de l'année, quatre dossiers majeurs ont suscité beaucoup d'implication et de courage. Notons le dossier concernant la dénonciation de fin de bail pour le CLSC Les Aboiteaux situé à St-André, l'adaptation de l'offre de service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie qui a pour conséquence la fermeture des activités d'hébergement au Centre d'hébergement Thérèse-Martin, le déménagement du CLSC Les Aboiteaux, point de service La Pocatière dans les murs de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima et finalement, les espaces de stationnement payants.

Le conseil d'administration a pris connaissance des différents commentaires émis lors des différentes séances. Dans le but d'augmenter l'efficacité du conseil d'administration, un comité de gouvernance et d'éthique composé de M^{me} Diane Bissonnette, présidente, M^{me} Marie-Catherine Jeffrey et de M. Paul Crête a été formé. Le directeur général ainsi que le président du conseil d'administration siègent d'office sur ce comité. Le conseil d'administration compte donc 17 personnes puisqu'un poste est vacant depuis janvier 2013. Il s'agit de M. Jean Desjardins, président, M^{me} Johanne Laplante, 1re vice-présidente, M. Paul Crête, 2^{e} vice-président, M. Jeannot Michaud, secrétaire et directeur général, M^{me} Ghislaine Milliard-Lavoie, M^{me} Diane Bissonnette, M^{me} Monique Potvin, M^{me} Lise Verreault, M. Mario Lebel, M^{me} Aline Chouinard, M. Carl Bélanger, M^{me} Marie-Catherine Jeffrey, M^{me} Aline Fortin, M. Jean-Simon Bélanger, M^{me} Annie Caron, M^{me} Anne-Marie Lapointe et M. Claude Dufour.

Je tiens à remercier les membres du conseil pour leur expertise et leur grande disponibilité. Je me permets de rappeler à la population que les membres du conseil d'administration sont des gens du milieu issus de différents collèges électoraux suite à un processus rigoureux en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et que ces personnes ont à cœur les préoccupations de la population.

Bonne continuité !

Jean Desjardins
Président du conseil d'administration

1.2. Message du directeur général

Depuis le 14 mai 2012, j'ai pu constater à quel point le CSSS de Kamouraska était constitué de gens de cœur au service de la population. C'est d'ailleurs ce qui m'a poussé à mettre en place, dès les premiers mois après mon arrivée, les conditions nécessaires afin que cette richesse humaine rayonne à sa juste valeur. Cela a permis de continuer l'orientation prise avant mon arrivée dans la poursuite d'un mode de gestion intégré de la qualité des services à la clientèle.

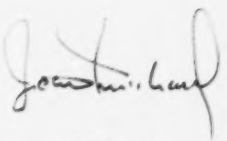
Malgré les restrictions à différents niveaux, nous avons pu répondre aux différents enjeux de notre planification stratégique et respecter l'entente de gestion et d'imputabilité. Déjà un grand pas a été fait en lien avec l'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être, la primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services, le délai cliniquement approprié pour l'accès aux services, sur la qualité des services et l'innovation, sur la mise en réseau des services de santé et des services sociaux, sur l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines, le développement des systèmes d'information en support à l'offre de service, sur la performance globale du système de santé et de services sociaux, les communications internes-externes et la gouvernance.

De plus, dans le but de répondre aux orientations stratégiques du plan de communication adopté par le conseil d'administration en décembre 2010, une ressource dédiée aux communications a été nommée en septembre 2012. Il s'agit de Mme Lucie Bérubé. Cette dernière a participé aux grands enjeux et accompagné la direction générale et l'équipe de direction dans leurs différents dossiers.

Je ne voudrais pas passer sous silence le 50e anniversaire de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima qui a été célébré en septembre 2012. Cette activité a su rassembler plus de 350 personnes.

En ce qui a trait à la continuité de la démarche d'amélioration continue et intégrée de la qualité, des actions quotidiennes dans un cycle continu d'apprentissage démontrent jour après jour la volonté de tous les acteurs de l'organisation d'offrir une grande qualité de soins et services sécuritaires à la population. Ensemble nous pourrons arriver à faire reconnaître notre Établissement comme étant une organisation reconnue pour la qualité de nos services.

Finalement, mon objectif pour la nouvelle année est d'ailleurs d'obtenir l'agrément sans condition pour qu'enfin l'expertise, la sécurité et la qualité des services offerts au CSSS de Kamouraska soient reconnues pleinement.



Jeannot Michaud
Directeur général

2. DÉCLARATION

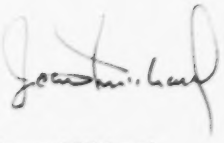
2.1. Déclaration de fiabilité des données présentées au rapport et des contrôles afférents

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2012-2013 du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.



Jeannot Michaud
Directeur général

2.2. Rapport de la direction

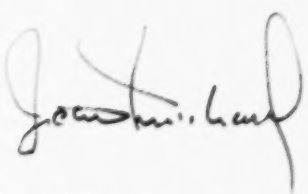
Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska ont été complétés par la direction des ressources financières, techniques et informationnelles qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

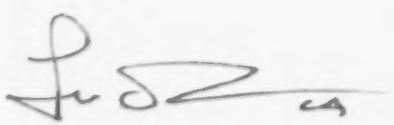
La direction du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux loi et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Jeannot Michaud
Directeur général



Luc Adam, CPA, CA
Directeur des ressources financières,
techniques et informationnelles

3. PRÉSENTATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA (CSSSK)

Situé à l'entrée du Bas-Saint-Laurent dans la belle région du Kamouraska, le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska est un établissement issu de la fusion de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, du CLSC Les Aboiteaux et du CHSLD Regroupement Kamouraska. Disposant d'un budget d'environ 42 millions, d'environ 640 employés dont 21 cadres et de 25 médecins, l'établissement, comprenant huit installations, se veut un réseau de services intégrés auprès d'une population de plus de 21 000 personnes dans la MRC de Kamouraska et assure le fonctionnement d'un établissement à triple mission.

Réputé pour ses magnifiques couchers de soleil, le Kamouraska est aussi reconnu pour la qualité de ses institutions d'enseignement et pour sa vie culturelle et sociale. Cette MRC a une économie très diversifiée et a entrepris depuis un certain temps déjà, son virage technologique. Le Kamouraska renferme une richesse patrimoniale digne de ses 300 ans d'histoire. La nature du Kamouraska est généreuse envers les amoureux du plein air et les sportifs.

La région jouit du statut de pierre angulaire en matière de recherche, de développement et de transfert technologique dans l'agroalimentaire avec la présence de l'Institut de technologie agricole (ITA), du Centre d'expertise en production ovine du Québec, du Centre de développement bioalimentaire du Québec, du Centre de développement des bioproduits Biopterre ainsi que le Centre spécialisé de technologie physique (Solutions Novika), etc. Le secteur de la production de matériel de transport en commun de Bombardier est situé à La Pocatière. La présence de cette importante usine explique le développement de la production de produits métalliques et d'équipements de transport.

3.1. Description de la mission

La mission du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Kamouraska en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Kamouraska.

3.2. Diagramme du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) du Kamouraska

3.3. Présentation de l'équipe de direction du CSSSK au 31 mars 2013

M. Jeannot Michaud
Directeur général

M. Luc Adam
Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles et directeur intérimaire des ressources humaines et du développement organisationnel

M. Frédéric Gagnon
Directeur de programmes, de la qualité et du développement

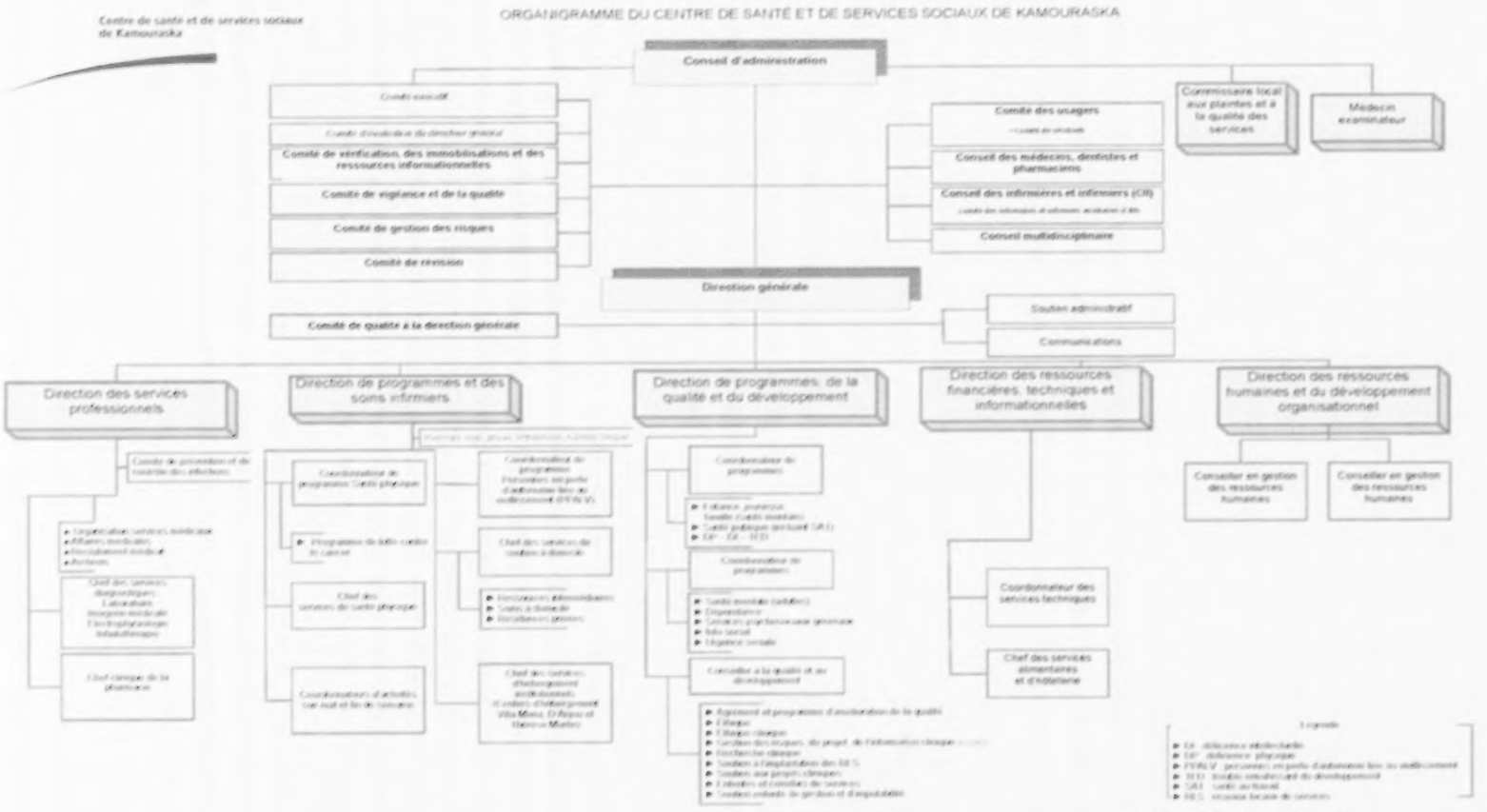
M^me^ Brigitte Legault
Directrice de programmes et des soins infirmiers

Dr Gaétan Lévesque
Directeur des services professionnels

Les gestionnaires du CSSSK (à noter que certains ont quitté et d'autres sont arrivés en cours d'année) :

- Frédéric Audibert, chef de l'administration de programmes – santé mentale, dépendance, services psychosociaux généraux, Info-Social, urgence sociale, DP-DI-TED, organisation communautaire et coordonnateur intérimaire des services de soutien à domicile;
- Alice Bélanger, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Jacques Bérubé, conseiller cadre en gestion des ressources humaines;
- Robert Bérubé, coordonnateur des services techniques;
- Ghislaine Boucher, chargé de projet pour la direction générale;
- Doris Brassard, coordonnatrice d'activités en soins infirmiers;
- Lise Caron, chef du service des ressources humaines
- Annie Chamberland, conseillère cadre à la qualité et au développement, Agrément et programme d'amélioration de la qualité, éthique clinique, gestion des risques, de projet de l'information clinique (I-CLSC) entre autres;
- Simon Côté, chef des services diagnostiques;
- Diane Duchesne, coordonnatrice de programme PPALV;
- Suzanne Fortin, chef des services d'hébergement institutionnel aux Centres d'hébergement Villa Maria et D'Anjou;
- Marie-Josée Gagnon, chef des services santé physique;
- Aline Hudon, coordonnatrice d'activités en soins infirmiers;
- Julye Letarte, chef des services pour les programmes Enfance-Jeunesse-Famille et santé publique;
- Marguerite Moreau, en remplacement de M^me^ Marie-Josée Gagnon;
- Nicole Morneau, chef des services alimentaires et d'hôtellerie;
- Guylaine Ouellet, chef des services d'hébergement institutionnel au Centre d'hébergement Thérèse-Martin;
- Marcel Ouellet, adjoint intérimaire à la direction des ressources humaines et du développement organisationnel;
- Marc Paradis, chef du service des ressources humaines;
- Colombe Pelletier, coordonnatrice du programme santé physique;
- Karine Pelletier, chef des services santé physique;
- Luce Robichaud, coordonnatrice d'activités en soins infirmiers;
- Marie-Pierre Verreault, coordonnatrice d'activités en soins infirmiers.

3.4. Organigramme du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska (CSSSK) présentant les présidentes ou présidents des différents conseils ou comités, la direction générale, les directions et les gestionnaires ou les personnes responsables des programmes au 31 mars 2013



3.5. Contexte, faits saillants et caractéristiques de la population du territoire de la MRC de Kamouraska[1]

IDENTIFICATION				
No. Permis : 1104-3379				
CSSS de Kamouraska	Directeur général :	Jeannot Michaud		
575, avenue Martin	Président du conseil d'administration :	Jean Desjardins		
Saint-Pascal	Téléphone :	418 856-7000 poste 3229		
G0L 3Y0	Télécopieur :	418 492-1793		
PRINCIPALES INSTALLATIONS ET MISSIONS[19]				
CHSGS	**CHSLD**	**CPEJ**		
Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	Centre d'hébergement d'Anjou, Saint-Pacôme	Point de service : La Pocatière		
1201, 6e Avenue	Nombre de places : 53			
La Pocatière G0R 1Z0		**CRDI**		
Bassin de desserte : 11 026	Centre d'héberg Thérèse-Martin, Riv -Ouelle	Points de service : La Pocatière et		
	Nombre de places : 46	Saint-Pascal		
CLSC				
Points de service : Saint-Pascal,	Centre d'héberg. Villa Maria, Saint-Alexandre	**CRPAT (L'Estran)**		
Saint-André et La Pocatière	Nombre de places : 52	Points de service : La Pocatière et		
		Saint-Pascal		
NOMBRE DE PLACES[19] **(En date du 14 février 2013)**		Au permis	Dressés	Normés[♦]
Soins généraux et spécialisés (CHSGS)		49	37	24
Civières autorisées (excluant réanimation)		7		
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)[22]		151	151	136
Ressources intermédiaires (RI) :		Nombre de places reconnues		
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement		67		
Santé mentale		9	(sous la resp. du CSSS de Riv.-du-Loup)	
Déficience physique		0		
Déficience intellectuelle		0		
Jeunes		0		
Ressources de type familial (RTF) :				
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement		0		
Santé mentale		22	(sous la resp. du CSSS de Riv.-du-Loup)	
Déficience physique		0		
Déficience intellectuelle		61	(sous la responsabilité du CRDI)	
Jeunes		22	(sous la responsabilité du CJ)	
Ressources privées (RP)[•] :				
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (mars 2012)		858		
Ressources établissement pour clientèle en santé mentale (Vieux Théâtre rattaché au CSSS de Rivière-du-Loup)		6		
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES[19]			Nombre	Nombre	Nombre
Plan d'effectif médical 2013 (en date du 21 mars 2013)			**En place**	**Besoins**	**Autorisé**
Médecins omnipraticiens			25	30	27
Médecins spécialistes			5	7	6
				Nombre	
Cliniques médicales privées				5	
Groupe de médecine familiale (GMF) accrédité				1	
Pharmacies communautaires				7	
Cliniques dentaires				4	
Dentistes en pratique privée				6	
Dentistes avec privilèges en milieu hospitalier				2	
Nombre d'organismes communautaires subventionnés de la santé et des services sociaux[††]				15	
Commission scolaire de Kamouraska-Rivière-du-Loup (secteur Kamouraska) - nombre d'installations :				19	
Nombre d'écoles primaires				15	
Nombre d'écoles secondaires				2	
Nombre d'écoles primaires et secondaires				0	
Nombre de centres de formation pour adultes				2	
Nombre de centres de formation professionnelle				0	
Nombre d'écoles secondaires privées				1	
Nombre de cégeps/centre d'études collégiales				1	

[1] Traitement et compilation : Équipe Surveillance et infocentre, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

POPULATION	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
0-17 ans	3 663	16,9%	33 766	16,8%	18,9%
12-17 ans	1 206	5,6%	11 502	5,7%	6,3%
18-64 ans	13 260	61,2%	125 414	62,3%	64,5%
12 ans et plus	19 206	88,7%	179 045	88,9%	87,4%
65 ans et plus	4 740	21,9%	42 129	20,9%	16,7%
75 ans et plus	2 119	9,8%	18 555	9,2%	7,3%
0-4 ans	1 036	4,8%	9 389	4,7%	5,5%
5-9 ans	1 024	4,7%	9 267	4,6%	5,1%
10-19 ans	2 090	9,6%	19 493	9,7%	10,6%
20-29 ans	2 313	10,7%	21 933	10,9%	12,8%
30-39 ans	2 296	10,6%	22 255	11,1%	13,7%
40-49 ans	2 546	11,8%	24 118	12,0%	13,7%
50-64 ans	5 618	25,9%	52 725	26,2%	21,9%
65-74 ans	2 621	12,1%	23 574	11,7%	9,4%
75-84 ans	1 408	6,5%	12 575	6,2%	5,1%
85 ans et plus	711	3,3%	5 980	3,0%	2,1%
Population totale (**projections 2013**)[6]	21 663	100,0%	201 309	100,0%	100,0%
Naissances (2010)[10]	189		1 878		88 436
Décès (2009)[5]	213		1 886		58 043
MODE D'OCCUPATION DU TERRITOIRE[8]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Municipalités (nb)	17	100,0%	114	100,0%	1 126
Municipalités de plus de 2 000 hab. (nb)	2	11,8%	15	13,2%	375
Densité de la population (nombre d'habitants/km^2 de terre ferme)	9,4		9,0		6,1
ÉTAT DE SANTÉ	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Espérance de vie à la naissance (ans) 2007-2009[9]	80,7		81,0		81,1
Auto-évaluation de sa santé : très bonne ou excellente[5]		47,7%		55,3%	59,4%
Personnes ayant une incapacité (tous âges)[7]	2 625	12,5%	24 555	12,8%	12,7%
Personnes souffrant d'obésité (IMC >=30,0, 18 ans et plus)[5]	2 684	14,8%	22 028	13,4%	14,4%
Limitation des activités quotidiennes causées par un état ou problème de santé de longue durée - 6 mois et plus (12 ans et plus)[5]	4 380	22,9%	37 880	21,7%	20,7%
Blessés graves (nécessitant une hospitalisation) suite à un accident de la route (taux brut annuel sur 10 000 habitants)[20]	6	2,8	77	3,8	2,5
Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés[7]	24	11,9%	264	15,5%	-
Enfants de 5 ans ayant expérimenté la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés[7]	31	15,4%	408	23,9%	-
Consultation d'un dentiste/orthodontiste (12 ans et +, 12 derniers mois)[5]		50,3%		48,1%	57,6%
DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Indicateurs socioéconomiques					
Taux d'emploi (15 ans et plus)[3]	10 085	55,1%	89 485	53,8%	60,4%
Niveau de scolarité - plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans)[7]					
Aucun certificat, diplôme ou grade	2 665	22,2%	24 410	21,9%	17,1%
Diplôme d'études secondaires	2 185	18,2%	22 165	19,9%	21,1%
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	2 890	24,1%	25 665	23,0%	18,1%
Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep	2 335	19,4%	19 815	17,8%	17,5%
Certificat, diplôme ou grade universitaire	1 945	16,2%	19 465	17,5%	26,2%
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2009)[3]		6,1%		6,9%	9,8%
Répartition de la source de revenus (%)[2]					
Revenu d'emploi		69,8%		70,5%	75,5%
Transferts gouvernementaux		18,1%		18,2%	12,5%
Autres		12,1%		11,3%	11,9%
Revenu personnel disponible (après impôts) en 2011[3]	21 558 $		22 345 $		25 646 $
Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans)[7]	430	18,1%	4435	20,2%	23,7%
Ménages composés d'une seule personne[2]	2 520	28,0%	25 985	30,3%	30,7%
Adultes prestataires des programmes d'assistance sociale (18-64 ans)[12]	862	6,5%	9 907	7,9%	7,2%
Indice synthétique de fécondité[10]	1,88		1,73		1,74
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus)[5]	6 564	36,2%	55 727	33,9%	32,8%
Fumeurs réguliers et occasionnels[5]	4 090	21,4%	38 620	22,1%	24,4%
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels)[5]	2 480	16,2%	26 728	19,0%	20,5%

PÉRINATALITÉ[10]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Naissances de faible poids (< 2 500 g)/naissances totales	12	6,3%	96	5,1%	5,7%
Naissances prématurées (< 37 semaines)/naissances totales	15	7,9%	134	7,1%	7,2%
Mère - âgée de moins de 20 ans/naissances totales	4	2,1%	47	2,5%	2,7%
Mère - âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité/naiss totales	13	6,9%	134	7,1%	5,8%
Mère - 10 ans et moins de scolarité/naissances totales	15	7,9%	159	8,5%	7,0%
Mère - plus de 10 ans de scolarité/naissances totales	174	92,1%	1 660	88,4%	89,0%
Mère - scolarité inconnue/naissances totales	0	0,0%	59	3,1%	4,0%
ALLAITEMENT[11]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Proportion de bébés allaités lors du séjour au service de maternité		83,9%		85,3%	-
Proportion de bébés allaités à la sortie du service de maternité		78,0%		77,4%	-
JEUNESSE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux de diplomation au secondaire après 7 ans chez les moins de 20 ans (cohorte de 2003-2004, CS Kamou.-Riv.-Loup, réseau public, 2010)[9]		70,8%		69,4%	67,9%
Masculin		66,9%		61,8%	61,1%
Féminin		75,3%		77,6%	75,2%
Protection de la jeunesse[13,21]					
Signalements reçus/Total jeunes 0-17 ans	164	4,5%	2 038	6,0%	5,1%
Signalements retenus/Total signalements reçus	75	45,7%	781	38,3%	42,3%
Évaluations réalisées par problématique :	62		793		11 949
Abandon	0	0,0%	3	0,4%	0,5%
Abus physique et risque d'abus physique	12	19,4%	125	15,8%	16,7%
Abus sexuel et risque d'abus sexuel	1	1,6%	29	3,7%	5,9%
Négligence et risque de négligence	30	48,4%	366	46,2%	42,3%
Mauvais traitement psychologique	13	21,0%	128	16,1%	17,5%
Troubles de comportement	6	9,7%	142	17,9%	17,1%
Jeunes suivis à l'application des mesures/total jeunes 0-17 ans	50	1,4%	640	1,9%	1,4%
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA/total jeunes 12-17 ans	44	3,6%	410	3,6%	1,4%
PROBLÈMES DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES	RLS (n)	RLS (/100 000)	BSL (n)	BSL (/100 000)	QC (/100 000)
Nouveaux cas de cancer (taux ajusté annuel moyen sur 100 000 hab.)[14]					
Incidence du cancer du sein (2006-2008)	21	158,0	175	147,4	138,9
Incidence du cancer du poumon (2006-2008)	28	101,6	227	94,4	95,5
Incidence du cancer de la prostate (2006-2008)	16	126,0	112	101,3	122,4
Incidence du cancer colorectal (2006-2008)	19	68,4	183	75,3	69,7
Maladie chroniques (%)[5]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	4 370	22,9%	39 790	22,8%	24,7%
Prévalence des maux de dos	3 980	20,8%	33 040	18,9%	16,4%
Prévalence de l'hypertension	3 660	19,2%	32 810	18,8%	15,1%
Prévalence de l'arthrite/rhumatisme	3 340	17,5%	28 020	16,1%	14,1%
Prévalence des migraines	2 620	13,7%	17 590	10,1%	9,8%
Prévalence de l'asthme	1 960	11,9%	14 940	8,6%	8,6%
Prévalence des maladies cardiaques	1 370	*7,5%	11 880	6,8%	5,1%
Prévalence du diabète (20 ans ou plus)[7]	1 563	7,2%	12 446	6,3%	7,6%
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	---	---	6 010	3,5%	3,3%
SANTÉ MENTALE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes affichant une probabilité élevée de détresse psychologique[7]	1 400	*7,9%	7 300	4,5%	5,6%
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général[7]		92,2%		94,4%	92,9%
Auto-évaluation de sa santé mentale : très bonne ou excellente[7]		63,9		72,7	75,0
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : tentatives de suicide (sur 100 000 hab.)[15]		---		59,6	29,5
Durée moyenne de séjour - tentatives de suicide (jrs)[15]	4,0		5,1		10,8
Taux ajusté moyen de mortalité par suicide - pop. totale (taux sur 100 000 hab., période 2005-2009)[6]		*22,9		21,0	15,2
SANTÉ PHYSIQUE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale (11-12)[20]	24 311	1,1	169 709	0,8	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, santé physique[15]		8,3%		8,7%	7,7%
Durée moyenne de séjour de courte durée, santé physique[15]	6,8		6,7		8,0
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie)[23]		76,5%		76,9%	-
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 31/03/2013)[18]	1		29		
Personnes en attente d'hébergement en RI (au 31/03/2013)[18]	3		62		
PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs)[16]	2 630	59,1%	22 951	58,6%	44,6%
Personnes nouvellement vaccinées contre le pneumocoque (% sur pop. 65 ans et plus)[17]	36	0,8%	1 268	3,0%	-
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale[4]	572	12,1%	4 425	10,5%	-
Personnes vivant en ménages privés[2]	3 265	82,1%	28 860	84,5%	90,5%

PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux brut d'hospitalisation de courte durée, toutes causes [15]		39,1%		36,0%	31,0%
Durée moyenne de séjour de courte durée, toutes causes [15]	9,3		10,8		14,7
Personnes vivant en ménages privés [1]	1 390	68,8%		73,3%	82,8%
MORTALITÉ PRÉMATURÉE (MOINS DE 75 ANS) [6]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Tumeurs (moyenne pour 2007 à 2009)	32	45,7%	286	44,8%	45,2%
Appareil circulatoire (moyenne pour 2007 à 2009)	11	15,7%	120	18,8%	19,5%
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2007 à 2009)	2	2,9%	42	6,6%	5,2%
Appareil respiratoire (moyenne pour 2007 à 2009)	5	7,1%	42	6,6%	5,7%
Maladies du système nerveux (moyenne pour 2007 à 2009)	3	4,3%	23	3,6%	3,6%
Maladies de l'appareil digestif (moyenne pour 2007 à 2009)	3	4,3%	23	3,6%	3,8%
Autres causes de décès (moyenne de 2007 à 2009)	14	20,0%	102	16,0%	16,9%
Nombre total annuel moyen de décès (2007 à 2009)	70	100,0%	638	100,0%	100,0%

◆ Pour le nombre de lits normés : en CHSGS, il s'agit d'une balise à titre indicatif construite à partir du bassin de desserte et du ratio de 2,2 lits par 1 000. En CHSLD, le nombre de places a été déterminé en fonction du *Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013* (ratio de 2,8 lits par 100 personnes âgées).

†† Ce nombre inclut les entreprises d'économie sociale, exercice financier 2012-2013.

[r] Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

- Valeur non disponible.

-- Valeur trop imprécise pour être fournie.

Indique une différence significative du RLS avec la région ou de la région avec le Québec, au seuil de 0,05.

Lexique et sources de données

Lexique :

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
BPCO : Broncopneumopathie chronique obstructive
c.d. : courte durée
CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ : Centre jeunesse
CLSC : Centre local de services communautaires
CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDP : Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRJDA : Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CRPAT : Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes
CRDITED : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
DSP : Direction de santé publique
ETC : Equivalent temps complet
IMC : Indice de masse corporelle
LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux
RI : Ressource intermédiaire
RLS : Réseau local de services
RP : Ressource privée
RTF : Ressource de type familial
TC : Temps complet
TP : Temps partiel

Sources de données :

[1] MSSS, Info-bassin 2012 pour année 2010-2011
[2] Statistique Canada, Recensement de 2006
[3] Institut national de santé publique du Québec, données de 2008-2009
[4] Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-Saint-Laurent, 2009-2010
[5] Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)
[6] MSSS, Fichier des décès, 2005-2009 (espérance de vie 2007-2009)
[7] Plan d'action en santé dentaire publique du Bas-St-Laurent, 2011-2012
[8] Institut de la statistique du Québec
[9] Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, données par CS de 2010
[10] MSSS, Fichier des naissances 2010 (2008-2010 : indice synt. de fécondité)
[11] ASSS Bas-Saint-Laurent, Portrait de la clientèle en périnatalité, 2011-2012
[12] Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, données pour 2011
[13] Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2011-2012
[14] MSSS, Fichier des tumeurs, 2006 à 2008
[15] MSSS, Fichier Med-Echo, 2011-2012
[16] Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2011
[17] Fichier de vaccination contre le pneumocoque VAXIN, 2011-2012
[18] Système "Informatisation des mécanismes d'admission pour fins de gestion" (IMAGES)
[19] Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
[20] Société de l'assurance-automobile du Québec, Dossier statistique Bilan 2011, Accidents, parc automobile et permis de conduire, 2012
[21] Association des centres jeunesse du Québec, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, année 2011-2012
[22] ASSS Bas-Saint-Laurent, Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013
[23] Rapport statistique AS-478, 2011-2012
[24] MSSS, Registre des résidences privées pour aînés, données pour le Bas-Saint-Laurent, 2012 (incluant les OSBL)

3.6. Description des services offerts

Dans ses différentes installations, le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska offre des services généraux et spécialisés, des soins de courte durée et de l'hébergement (soins de longue durée) dans les programmes de : santé physique, personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, dépendance, santé publique, jeunes en difficulté. L'Établissement accorde une importance capitale à la prestation sécuritaire et à la qualité de ses services. Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a obtenu sa certification dans le cadre du programme national d'Agrément en décembre 2011.

Les professionnels de la santé et des services sociaux sont appuyés par de multiples services de soutien indispensables à leur fonctionnement : accueil, admission, réception et secrétariat, alimentation (nutrition), approvisionnement, archives médicales, bibliothèque médicale, buanderie-lingerie, comptabilité, entretien sanitaire et déchets biomédicaux, fonctionnement et entretien des installations matérielles, stérilisation, génie biomédical, prévention des infections, ressources humaines, sécurité et communication, système d'information, etc.

Notons que le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a été le 3e Centre de santé et de services sociaux ayant obtenu l'accréditation « ***Ami des bébés*** » au Québec. Accréditation obtenue en 2010.

L'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima compte 49 lits au permis, dont 33 lits dressés dont :

- 4 en soins intensifs, 3 en soins palliatifs, 2 en pédiatrie, 4 en chirurgie, 3 en obstétrique et 17 en médecine;
- 7 civières à l'urgence, 2 en traumatologie réanimation;
- Les cliniques externes spécialisées;
- La chirurgie d'un jour (8 civières);
- La médecine de jour (services ambulatoires);
- Service d'urgence et service primaire en traumatologie.

Soins et services avec hospitalisation :

▪ Chirurgie bloc opératoire	▪ Médecine	▪ Obstétrique	▪ Pédiatrie	▪ Soins palliatifs	▪ Soins intensifs

Soins et services sans hospitalisation incluant le programme des maladies chroniques :

-Chirurgie d'un jour;
-Clinique d'antibiothérapie;
-Clinique d'anticoagulothérapie;
-Clinique de pré-évaluation;
-Programme de soins palliatifs de fin de vie du CSSS de Kamouraska;
-Soins et traitements complexes en chirurgie;
-Unité mobile de mammographie « SARA »;
-Oncologie (traitements de chimiothérapie et suivi);
-Programme maladies chroniques (enseignement et suivi), diabète, maladies cardiovasculaires, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme, arrêt tabagique, clinique haut risque.

Consultations spécialisées :

▪ Anesthésie-réanimation	▪ Dermatologie	▪ Gynécologie	▪ Médecine interne	▪ Nutrition clinique
▪ Ophtalmologie	▪ Orthopédie	▪ Otorhinolaryngologie	▪ Pédiatrie	▪ Pneumologie
▪ Radiologie	▪ Urologie	▪ Kinésiologie		

Services diagnostiques et thérapeutiques :

-**Services diagnostiques :** radiologie, cardiopulmonaire, laboratoire médical;
-**Services thérapeutiques :** pharmacie, soins infirmiers, réadaptation physique (ergothérapie, orthophonie, physiothérapie), nutrition clinique, service social hospitalier, accueil clinique centralisé (AEOR - accueil, évaluation, orientation, référence, service de soins spirituels).

Les Centres d'hébergement sont répartis dans les trois installations suivantes :

Centre d'hébergement D'Anjou (Saint-Pacôme)	Centre d'hébergement Thérèse-Martin (Rivière-Ouelle)	Centre d'hébergement Villa Maria (Saint-Alexandre)

Le Centre d'hébergement est un milieu de vie offrant des services :

▪ médicaux	▪ de soins infirmiers	▪ d'activités dirigées	▪ de pastorale
▪ de réadaptation	▪ de nutrition	▪ de soins d'assistance pharmaceutiques	

Les Centres de jour sont décentralisés à Saint-Pascal, Saint-André et Rivière-Ouelle.

Hébergement de type intermédiaire :
Sept ressources intermédiaires réparties sur tout le territoire du Kamouraska, offrent des places d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie.

Centre local de services communautaires (CLSC)
Les différents points de service du CLSC sont situés à : La Pocatière, Saint-Pascal et Saint-André.

Les services offerts sont :

- **Organisation communautaire;**
- **Services aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie;**
- **Services à domicile;**
- **Accueil clinique centralisé;**
- **Services de santé et de services sociaux généraux** : services de santé courant, services psychosociaux et médicaux, clinique de vaccination et vaccination santé voyage;
- **Services aux parents et enfants (0-5 ans)** : rencontres prénatales, suivi infirmier et social de grossesse, suivi infirmier et social des nouveaux parents, suivi psychosocial pour coaching parental, aide à domicile, clinique de santé et de vaccination, activités de stimulation précoce, service préventif en orthophonie, service d'ergothérapie, service de nutrition en cours de grossesse, service de soutien aux milieux de garde et autres organismes communautaires;
- **Services à la jeunesse (6-25 ans) – Services offerts en CLSC, à domicile et en milieu scolaire** : services aux jeunes en difficulté et services en santé mentale jeunesse;
- **Services en santé mentale jeunesse et adulte et dépendance;**
- **Services en déficience physique, intellectuelle et troubles envahissants du développement;**
- **Programme santé au travail.**

Les principales modifications apportées durant l'exercice dans les services offerts, l'acquisition d'immeubles, de technologies médicales et informationnelles seront présentées à l'intérieur des rapports annuels des différentes directions.

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Tout d'abord, il faut rappeler que la planification stratégique adoptée en janvier 2011 vient guider les actions de l'organisation jusqu'en 2015. La réflexion entourant la planification stratégique a été réalisée avec le concours de l'équipe de direction, des gestionnaires et des membres du personnel siégeant au sein des différents exécutifs : CMDP[2], CII[3], CIIA[4], CM[5] du CSSSK, les organismes communautaires et les autres instances. Une consultation a aussi été faite auprès des maires et préfet de la MRC de Kamouraska et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. La planification stratégique du CSSSK constitue donc le guide de cheminement et il s'inspire de la planification stratégique 2010-2015 du MSSS[6] et de celle de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour la même période. Le plan d'action stratégique du CSSSK qui découle de cette planification stratégique est aussi en lien avec la mission, la vision et les valeurs de notre organisation. Il sert de repère pour la conduite performante et efficiente des activités quotidiennes d'ordre clinique et administrative. Les qualités intrinsèques de cette planification sont d'abord les consultations dont elle a fait l'objet, le fait qu'elle interpelle toute l'organisation, que toutes les directions s'y retrouvent et enfin, qu'elle destine notre établissement à devenir un véritable réseau intégré de services.

4.1. Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska :

Enjeu 1 : L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être;

- Orientation 1 :
    1. Consolider l'action sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être.

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services;

- Orientation 2 :
    1. Améliorer l'accès aux services médicaux de 1re ligne.
- Orientation 3 :
    1. Promouvoir l'utilisation des services Info-Santé et assurer l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux.
- Orientation 4 :
    1. Assurer la continuité des services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer.
- Orientation 5 :
    1. Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté.
- Orientation 6 :
    1. Assurer la continuité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance.
- Orientation 7 :
    1. Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.
- Orientation 8 :
    1. Améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile et offrir des milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques.
- Orientation 9 :
    1. Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie.

[2] CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
[3] CII : Conseil des infirmières et infirmiers
[4] CIIA : Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
[5] CM : Conseil multidisciplinaire
[6] MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services;

- Orientation 10 :
    1. Assurer une répartition et une organisation optimale des ressources médicales spécialisées.
- Orientation 11 :
    1. Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques.
- Orientation 12 :
    1. Assurer l'accès aux services de réadaptation et de maintien dans le milieu pour les personnes ayant une déficience.
- Orientation 13 :
    1. Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation;

- Orientation 14 :
    1. Soutenir l'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation.
- Orientation 15 :
    1. Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services.

Enjeu 5 : La mise en réseau des services de santé et des services sociaux;

- Orientation 16 :
    1. Consolider la mise en place de notre réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).

Enjeu 6 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines;

- Orientation 17 :
    1. Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée répondant aux besoins de la population de notre territoire.
- Orientation 18 :
    1. Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes.

Enjeu 7 : Le développement des systèmes d'information en support à l'offre de services;

- Orientation 19 :
    1. Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques et administratives.

Enjeu 8 : La performance globale du système de santé et de services sociaux;

- Orientation 20 :
    1. Optimiser l'utilisation des ressources financières et matérielles.
- Orientation 21 :
    1. Analyser les partages pertinents de services interétablissements et interagences.

Enjeu 9 : Les communications internes-externes;

- Orientation 22 :
    1. Implanter le plan et la politique de communication.

Enjeu 10 : La gouvernance;

- Orientation 23 :
    1. Revoir la gouvernance du CSSSK.

4.2. L'Engagement du CSSS de Kamouraska quant à l'entente de gestion et d'imputabilité

Tout au cours de l'année, la direction générale a été vigilante quant aux engagements de notre CSSS et aux priorités en matière d'organisation des services. Vous pourrez constater à l'intérieur des rapports d'activités des différentes instances et de directions que les différents acteurs du CSSS de Kamouraska mettent leurs efforts en commun afin d'assurer le maintien des services offerts sur le territoire. En effet, certaines activités reliées à l'amélioration de l'organisation des services cliniques pour les clientèles prioritaires telles les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques, celles atteintes de cancer ainsi que les patients qui requièrent une vaste gamme de soins et de services sont actuellement en cours. La mise en œuvre de la politique gouvernementale « Vieillir chez soi » a été un des dossiers majeurs pour notre CSSS avec l'intensification des services en soins à domicile ainsi que l'accompagnement en vue de l'obtention de la certification des résidences pour personnes âgées. Un plan de communication, de nombreuses rencontres avec le conseil d'administration, les familles des résidents et les différentes instances et un bulletin d'information à l'interne ont accompagné ce grand changement. À l'externe, le suivi de l'adaptation de l'offre de service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie a fait aussi l'objet de nombreuses rencontres avec les partenaires intersectoriels (député, maires, préfet, conseil municipal de Rivière-Ouelle) et une séance extraordinaire publique du conseil d'administration portant essentiellement sur ce sujet. La population a aussi pu suivre l'évolution de ce dossier par le biais du journal Le Placoteux et la radio CHOX-FM où de nombreuses entrevues ont été données afin d'informer la population. De plus, en février 2013, une brochure « *Services à domicile – Pour vivre et vieillir en santé* » présentant les services offerts à domicile a été distribuée à chacun des domiciles du territoire de la MRC de Kamouraska. Tout au long de ce grand dossier, le CSSS de Kamouraska était en lien avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Le suivi de ce dossier est présenté lors des séances du conseil d'administration. Les résultats seront publiés sur l'éventuel site Internet de notre CSSS.

Le CSSS de Kamouraska a contribué aussi à la réalisation du plan régional triennal d'amélioration de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Il a d'ailleurs déposé un bilan de l'état d'avancement de son plan à cet égard.

En matière de soins de 1re et de 2e ligne

Dans le cadre de l'amélioration de l'organisation des services, des actions concrètes ont été posées afin que la population puisse avoir accès à un médecin de famille. À cet égard, le CSSS de Kamouraska est fier de se distinguer par son pourcentage d'accessibilité à un médecin de famille de 93,3%. Notons que le système d'accès SIGACO pour la clientèle sans omnipraticien soutien cet effort. Quant à l'accessibilité aux services à l'urgence, des efforts sont maintenus afin de diminuer les temps d'attente. Aussi, en février 2012, nous avons mis en place un accueil clinique centralisé afin d'orienter la clientèle (0-99 ans) vers un seul et même numéro : 418 856-7000, poste 6028.

L'approche adaptée qui préconise des soins et des services qui prennent davantage en considération les caractéristiques et les besoins reliés au vieillissement fait partie de nos interventions afin d'éviter une détérioration de l'état de santé de la personne durant son séjour à l'hôpital. De plus, la durée d'occupation des lits fait l'objet d'un suivi quotidien en respect du *guide de gestion de l'urgence* (2006).

En matière des saines habitudes de vie

Des efforts considérables ont été faits pour améliorer les habitudes de vie et diminuer de façon importante le fardeau des maladies chroniques par la consolidation de l'équipe des maladies chroniques. Pour la prochaine année, des activités efficaces pour prévenir les maladies chroniques seront déployées afin de créer des environnements favorables aux saines habitudes de vie, notamment en milieu scolaire, dans le cadre de l'approche École en santé et dans les milieux municipaux et communautaires.

En matière des actions de développement en matière de lutte contre le cancer

Les actions et les efforts dans la promotion de saines habitudes de vie, la prévention, le dépistage du cancer, les traitements et le soutien des patients et leurs proches jusqu'aux soins palliatifs incluant la fin de vie sont palpables. De plus, la gestion de l'accès va dans le sens de la planification stratégique 2010-2015 du MSSS.

En matière de chirurgie et d'accès

L'accès à la chirurgie demeure une priorité. Nous avons d'ailleurs dépassé l'objectif qui demande que 90% des patients soient opérés à l'intérieur de six mois, puisque nous avons atteint l'objectif de 100% à cet égard. Quant à l'imagerie médicale, les délais sont respectés conformément au plan d'action du Ministère. De plus, afin de favoriser la consolidation des services directs aux patients, des projets seront concrétisés dans la prochaine année selon la méthode Lean.[7]

En matière d'informatisation du réseau, d'optimisation et d'approvisionnement en commun

Le CSSS de Kamouraska respecte les enlignements de l'Agence quant à l'intégration et la circulation de l'information clinique par le biais des trois niveaux d'intégration soit le Dossier santé Québec (DSQ)[8], les dossiers cliniques informatisés (DCI)[9] et les dossiers médicaux électroniques (DMÉ)[10] ainsi que le suivi systématique intégré en maladies chroniques.

En matière d'optimisation, certains des grands chantiers dont la téléphonie IP, la visioconférence, le courrier électronique, la gestion du parc des postes de travail et le regroupement des centres de traitement de données sont implantés et d'autres font l'objet de discussions ou sont en cours d'implantation. Le dossier de la téléphonie cellulaire est quant à lui complété.

Quant à l'information et l'obligation de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (loi 133), des actions sont posées afin d'établir des règles de gouvernance et de gestion en matière de ressources informationnelles.

Le CSSS de Kamouraska priorise l'utilisation des services du centre d'approvisionnement en commun.

Finalement, l'action sur les déterminants de la santé conduit le CSSS de Kamouraska à continuer de consolider, de revoir et aussi d'établir de nouveaux partenariats. D'ailleurs, en 2012-2013, le dossier de l'adaptation de son offre de service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie a pu montrer l'importance d'une bonne collaboration dans le travail de partenariat. En effet, le CSSS de Kamouraska et tous ses partenaires doivent assumer collectivement une responsabilité à l'égard de la population de la MRC de Kamouraska, concept appelé « responsabilité populationnelle ». Cette responsabilité implique d'agir en collaboration sur les déterminants de la santé, d'assurer, de façon continue, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux et la prise en charge des personnes.

[7] Méthode Lean : est une approche d'amélioration continue qui permet aux organisations de s'adapter aux conditions changeantes de leur environnement. La révision de l'organisation du travail est d'ailleurs une des grandes priorités du Dr Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux.
[8] DSQ : Dossier santé Québec
[9] DCI : Dossier clinique informatisé
[10] DME : Dossier médical électronique

Voici donc le tableau de l'entente de gestion qui résume les principaux indicateurs, les résultats, l'engagement et les écarts :

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Prévention dans les continuums de services			
Pourcentage des activités du programme national de santé publique (PNSP)[11] implantées		85,00%	
Assurer la mise à jour du PAL[12] dans chaque territoire arrimé au PNSP et au Plan d'action régional en santé publique (PAR) et s'impliquer dans des actions visant la mise en œuvre de mesures concrètes	PAL actualisé	PAL mis à jour et actualisé	
Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	N/D	85,00%	
Assurer la mise en place et l'animation, avec les partenaires de l'établissement, d'une table de concertation intersectorielle locale visant le vieillissement en santé des communautés et l'ajustement de continu de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Table fonctionnelle	Table de concertation en place et fonctionnelle	

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer			
Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement - MCV	153	237	-84
Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement - Diabète	378	429	-51
Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement - Asthme	31	82	-51
Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement - MPOC	141	128	13

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance			
Jeunes en difficulté et leur famille - Nombre d'usagers suivis pour lesquels il existe un PI ou PSI	N/D	Augmentation	
Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS	439	417	22
Nombre moyen d'adultes ayant reçu des services de soutien d'intensité variable (SIV)	12	24	-12
Adultes ayant des troubles mentaux graves - Nombre d'usagers suivis pour lesquels il existe un PI ou PSI	N/D	Augmentation	
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS	43	10	33

[11] PNSP : Plan national de santé publique
[12] PAL : Plan d'action local

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Réseaux de services intégrés			
Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA)	68,91%	73,00%	-4,09%

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Adaptation des services			
Pourcentage d'implantation des quatre préalables à l'approche gériatrique	50,00%	50,00%	0,00%
Nombre moyen d'usagers en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	0,1	0,0	-0,1
Nombre moyen d'usagers en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,2	0,0	-0,2
Nombre moyen d'usagers en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,4	0,0	-0,4
Nombre moyen d'usagers en attente de services de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	0,4	0,0	-0,4
Nombre moyen d'usagers en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,2	0,0	-0,2
Nombre moyen d'usagers en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,4	0,0	-0,4
Nombre moyen d'usagers en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	0,2	0,0	-0,2

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Services de soutien à domicile			
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	22 670	24 093	-1 423
Services de soutien à domicile - Nombre d'usagers suivis pour lesquels il existe un PI ou PSI	N/D	Augmentation	
Nombre de personnes ayant participé au programme PIED	25	20	5
Durée moyenne de séjour en courte durée de personnes en attente d'hébergement		0,00	

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Soins palliatifs			
Élaboration et mise en œuvre dans chaque établissement d'une programmation de services de soins palliatifs	Programme disponible	Programme disponible et fonctionnel	

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Services sociaux et de réadaptation			
Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais prescrits - demande de priorité urgente	100,00%	90,00%	10,00%
Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais prescrits - demande de priorité élevée	N/A	90,00%	N/A
Pourcentage de personnes ayant une déficience traitée dans les délais prescrits - demande de priorité modérée	80,00%	75,00%	5,00%

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Médecine et chirurgie			
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de six mois pour une chirurgie d'un jour	100,00%	90,00%	10,00%
Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de six mois pour une chirurgie avec hospitalisation	100,00%	90,00%	10,00%

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Urgence			
Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière	8,71%	0,00%	-8,71%
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière	0,60%	0,00%	-0,60%
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	10,64	11,00	0,36

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Contrôle des infections nosocomiales			
Taux d'incidence des infections nosocomiales (par 10 000 jours présence) - DACD	9,8	4,4	-5,4
Taux d'incidence des infections nosocomiales (par 10 000 jours présence) - SARM	0,00	0,56	0,56

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau			
Mise à jour annuelle du plan de main d'œuvre	oui	Plan mis à jour	0%
Démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	oui	Démarche réalisée	0%
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,09%	5,76%	0,67%
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,92%	2,90%	-0,02%
Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les infirmières	1,32%	0,00%	-1,32%
Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,00%	0,00%	0,00%
Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00%	0,00%	0,00%
Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0,51%	0,00%	-0,51%

Indicateur	*Résultat*	*Engagement*	*Écart*
Rétention et mieux-être au travail			
Avoir un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Oui	Maintien des activités visant la mobilisation des ressources humaines	0%
Établir un programme d'amélioration du climat de travail ainsi que le plan de travail de l'établissement	Non	Confirmer le programme retenu et plan de travail	-100%
Ratio des heures en assurance-salaire par rapport aux heures travaillées	4,92%	5,50%	0,58%
Établir un programme opérationnel de soutien à la relève professionnelle (préceptorat)	oui	Programme opérationnel	0%

4.3. Relativement à l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette

Des mesures de compressions budgétaires que le ministère de la Santé et des Services sociaux a adoptées dans le cadre de la loi 100 et une directive du MSSS est entrée en vigueur le 30 avril 2010. Cette directive vise à réduire le coût des activités administratives des établissements de santé et de services sociaux et doit faire l'objet d'une application rigoureuse. Des mécanismes ont d'ailleurs été mis en place pour assurer le suivi de son application. Les enveloppes budgétaires initiales ont été ajustées en tenant compte des cibles budgétaires à rencontrer.

Malgré le fait que les mesures identifiées concernent principalement les activités de nature administrative, une attention particulière est apportée quant à la pertinence des dépenses de même type reliées aux activités cliniques sans toutefois compromettre les services directs à la population.

Ainsi, dans le cadre de l'application de la loi 100, la cible budgétaire qui doit être rencontrée sur la période 2011-2012 / 2013-2014 est une somme de 362 567 $ répartie de la façon suivante :

2010-2011 :	147 956 $
2011-2012 :	119 360 $
2012-2013 :	51 833 $
2013-2014 :	43 418 $

Au cours des années précédentes, la nature des compressions s'est traduite par les éléments suivant :

- Réduction de 25% des charges en publicité, frais d'inscription et de séjour, congrès, frais de déplacement et formation;
- Abolition de trois jours du poste de coordonnatrice à la direction générale;
- Heures de surcroît de travail réduites ou éliminées dans divers secteurs administratifs;
- Économie sur cinq ans liée au nouveau contrat de service sur photocopieurs de l'établissement;
- Diminution des services achetés, consultants externes;
- Postes non remplacés en tout ou à mi-temps suite à des départs à la retraite;
- Abolition d'un poste à temps complet dans les secteurs administratifs;
- Abolition de deux postes d'agente administrative.

En 2012-2013, notre établissement a respecté les mesures de la loi 100 identifiées à l'intérieur de son budget d'opération.

Également, le MSSS a demandé aux établissements de mettre en place des efforts d'optimisation, toujours dans le but d'atteindre l'équilibre budgétaire et de réduire la dette. Au cours des trois (3) dernières années, nous avons mis en place des mesures d'optimisation pour un total cumulatif de 976 474 $, répartie de la façon suivante :

2011-2012 :	117 141 $
2012-2013 :	342 116 $
2013-2014 :	517 217 $

Donc, pour atteindre cet objectif important, la direction générale en collaboration avec les autres directions de l'établissement ont dû mettre en place tous les moyens pour répondre à cette commande, voici un bref résumé :

- Abolition de postes d'agente administrative;
- Abolition du poste - Chef des services de réadaptation;
- Économie dans les dossiers suivants : PAE, cellulaire, papeterie, honoraires professionnels (griefs), cablovision, buanderie, approvisionnement et non renouvellement d'un contrat avec une résidence privée d'hébergement;
- Abolition du poste en aide alimentation;
- Fin bail du CLSC La Pocatière et déménagement dans les locaux de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima (Pavillon Cécile-Malenfant);
- Révision de l'offre de service PPALV, économie sur les services administratifs et de support.

4.4. Relativement à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

4.4.1. Au sujet de l'Agrément

Le conseil d'administration est très vigilant quant aux suivis relativement à notre statut d'Agrément. Rappelons qu'en octobre 2011, les services du CSSS de Kamouraska étaient évalués par Agrément Canada et le Conseil québécois d'Agrément. Cette visite avait pour but d'apprécier le niveau de sécurité et de qualité offert par l'établissement lors de la prestation des soins et des services.

Dans le rapport final, Agrément Canada félicitait le CSSS de Kamouraska pour les efforts déployés à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Par contre, certaines recommandations étaient à mettre en place, avec des échéances précises. Ainsi, afin de se conformer aux recommandations, des mesures ont été réalisées entre janvier et mars 2012. D'autres mesures ont été implantées durant la période estivale et des preuves ont été remises pour le 21 septembre 2012. C'est en octobre 2012, que le rapport de la décision finale d'Agrément Canada sur le maintien de l'accréditation de l'établissement a été déposé.

Les membres du conseil d'administration ont reçu une copie de la lettre d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'Agrément ainsi que le document concernant le tableau des preuves additionnelles requises pour le 21 mars 2013.

Rappelons que par l'entremise du processus d'Agrément, le CSSS de Kamouraska s'est engagé en 2010, dans la démarche d'amélioration de la qualité et s'est donné divers instruments de gestion de la qualité qui sont des assises importantes pour le développement de la gestion intégrée de la qualité (ex. : programmes, politiques, procédures, monitorage, documents regroupant dans une vision d'ensemble les éléments importants en matière de gestion de la qualité, etc.). Depuis, des actions, pour se doter d'un programme d'amélioration de la qualité qui reflète une gestion intégrée de la qualité où chaque personne dans l'organisation est responsable et active dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité, ont été entreprises.

Le CSSSK continue de bonifier sa structure organisationnelle et implique l'ensemble du personnel et des médecins, dans une démarche d'amélioration de la qualité qui suit un cycle continu d'apprentissage et d'amélioration, dont le point de départ et le point d'arrivée demeurent la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle. Au CSSS de Kamouraska, l'amélioration de la qualité est l'affaire de chaque personne et de chaque équipe. Ainsi, les démarches d'Agrément et la

prochaine visite prévue en octobre 2014, le comité stratégique qualité-sécurité poursuit ses rencontres afin de préparer le CSSSK à cette prochaine visite d'Agrément Canada.

Le mandat du comité stratégique qualité-sécurité est :

- S'assurer de l'amélioration de la qualité et de la sécurité;
- S'assurer du suivi du plan d'amélioration de la qualité;
- Définir et proposer des objectifs d'amélioration.

Le rôle du comité stratégique qualité-sécurité est de :

- Élaborer le plan d'action qualité-sécurité pour l'ensemble du CSSSK et voir à sa mise à jour de façon continue;
- Assurer le suivi au plan d'action de l'organisation et rendre compte du degré d'avancement des cibles d'amélioration fixées aux instances concernées (comité de vigilance et de la qualité, direction générale);
- Soutenir les activités des divers comités par direction qualité-sécurité;
- Favoriser l'intégration en matière de qualité et de sécurité (ex : les cibles, les plans d'action, les priorités retenues, etc.);
- Établir les objectifs de l'établissement en matière de qualité et de sécurité qui tient compte des orientations du conseil d'administration (avec le soutien du comité de vigilance et de la qualité);
- Contribuer à l'identification des priorités de l'organisation en fonction du meilleur potentiel d'amélioration;
- Valoriser les différents acteurs qui ont participé aux différents projets d'amélioration de la qualité.

Voici quelques actions :

- En juin 2012, le conseil d'administration adoptait la politique de transfert des renseignements en lien avec la norme 12.4 d'Agrément Canada qui stipule que « les équipes doivent transmettre efficacement les renseignements d'un service à un autre, aux points de transition »;
- En septembre 2012, la politique encadrant le droit de refus selon la Loi sur la santé et la sécurité du travail (DRHDO-PO-53) était adoptée par le conseil d'administration.

Aussi, suite à la visite d'Agrément Canada en octobre 2011, le CSSSK a reçu un agrément avec conditions.

Aussi, différentes dispositions devaient être prises afin de rencontrer une première partie de ces exigences en mars 2012 et une seconde en septembre 2012. Suite à l'examen des preuves soumises, Agrément Canada a accordé une prolongation remettant l'échéance en mars 2013 afin de permettre la poursuite du travail sur les différents suivis demandés.

Ainsi, suite au dépôt final de preuves réalisé le 21 mars 2013, le comité de révision d'Agrément Canada a reconnu que le CSSS de Kamouraska respectait la totalité des conditions exigées.

Voici un aperçu des travaux réalisés :

Secteur gestion des médicaments (pharmacie)

- ✓ Implantation du BCM à l'admission, au transfert et au congé dans le secteur de service « soins intensifs »;
- ✓ Mise en place de différentes procédures au niveau de la pharmacie visant l'administration sécuritaire des médicaments, notamment sur la gestion des médicaments;
- ✓ Élaboration et mise en œuvre d'une liste d'abréviations et de symboles qui ne doivent pas être utilisés dans l'établissement.

Secteur laboratoire, banque de sang/services transfusionnels et imagerie diagnostique

- ✓ Élaboration d'une procédure sur le transport des échantillons et déploiement;
- ✓ Changement des portes au laboratoire afin d'assurer un accès sécuritaire (système de jetons);

- ✓ Formation d'un comité sur les ADBD;

- ✓ Évaluation de l'environnement physique en imagerie diagnostique par un ergothérapeute et application de différentes recommandations en lien avec la prévention des chutes;

- ✓ Mise en vigueur d'une procédure portant sur la gestion des déchets en laboratoire (réalisation d'un inventaire de tous les types de déchets produits par le laboratoire, mise aux normes de tous les contenants à déchets du laboratoire).

Secteurs médecine, chirurgie, soins intensifs, traitement du cancer et oncologie

- ✓ Déploiement et application d'une politique et d'une ordonnance collective sur la prophylaxie de la thromboembolie veineuse.

Secteur santé mentale

- ✓ Mise en œuvre dans l'équipe de santé mentale de mécanismes pour identifier les activités à risque élevé (aide-mémoire, rencontre des équipes avec simulation);

- ✓ Formation aux équipes en lien avec le consentement éclairé.

Secteur « Traitement du cancer et oncologie »

- ✓ Huit activités à risque élevé ont amené l'élaboration de procédures, d'audits et de directives afin d'assurer la sécurité des usagers.

Secteur soins de longue durée et soutien à domicile

- ✓ Élaboration et mise en place d'une politique et d'une procédure portant sur le transfert de renseignements;

- ✓ Élaboration d'un protocole infirmier et rencontres de toutes les équipes en longue durée sur l'évaluation du risque de développer des plaies de pression.

Secteur efficacité organisationnelle

- ✓ Recensement pour les secteurs d'obstétrique/périnatalité et traitement cancer/oncologie de tous les appareils nécessitant un entretien préventif et élaboration d'un plan d'action dans lequel une priorisation des entretiens a été réalisée;

- ✓ Révision et adaptation du plan de sécurité de l'établissement en y intégrant un plan d'action.

Retraitement et stérilisation

- ✓ Le retraitement a été relocalisé dans de nouveaux espaces près du bloc opératoire et la stérilisation est demeurée, quant à elle, dans le même local. Le retraitement et la stérilisation s'effectuent donc dans des locaux distincts, répondant ainsi aux normes.

Preuves additionnelles pour le 21 mars 2013

Secteur	POR/Justification Agrément	Actions réalisées
Soins longue durée	8.4 Pour chaque client, l'organisme évalue le risque de développer des plaies de pression et il met en œuvre des interventions afin de les prévenir. Justification Agrément : *L'établissement doit décrire comment il effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission à l'aide d'un outil normalisé d'évaluation des risques (8.4.1) et confirmer qu'il évalue, à intervalle régulier, à nouveau chez chaque client le risque de développer des plaies de pression (8.4.2).*	1. Relance de la directive 2. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 3. Audit de validation
	12.4 L'équipe transmet efficacement les renseignements d'un prestateur de services à l'autre aux points de transition. Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer qu'il a recours aux mécanismes établis pour transmettre l'information (12.4.2).*	1. Utilisation d'une liste de vérification obligatoire 2. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 3. Audit de validation
Soins et services à domicile	11.3 L'organisme transmet efficacement les renseignements d'un prestateur de services à l'autre aux points de transition. Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer qu'il a recours aux mécanismes établis pour transmettre l'information (11.3.2).*	1. Utilisation d'une liste de vérification obligatoire 2. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 3. Audit de validation
Soins intensifs	7.5 L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée. Justification Agrément: *L'établissement doit également vérifier aux soins intensifs la mise en place de la thromboprophylaxie appropriée; et utiliser cette information pour apporter des améliorations à ses services.*	1. Audit soins intensifs pour vérification de la mise en place/améliorations 2. Audit de validation

Secteur	POR/Justification Agrément	Actions réalisées
Chirurgie	7.7 L'équipe identifie les clients en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire), et effectue la thromboprophylaxie appropriée. Justification Agrément : *Fournir la preuve que l'équipe vérifie la mise en œuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services (7.7.3).*	1. Audit pour vérification de la mise en place/améliorations 2. Audit de validation
Gestion des médicaments	2.8 L'organisme dispose d'un processus pour examiner régulièrement et de façon systématique la liste des médicaments, et mettre à jour l'information relative à la sécurité et à l'efficacité s'il y a lieu. Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer que la procédure a été adoptée et mise en place et que cette dernière comprend un processus pour examiner régulièrement et de façon systématique la liste des médicaments, et mettre à jour l'information relative à la sécurité et à l'efficacité s'il y a lieu.*	1. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 2. Audit de validation
	11.1 Un pharmacien revoit toutes les prescriptions ou ordonnances de médicaments avant la dispensation. Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer que la procédure stipulant qu'un pharmacien revoit toutes les prescriptions ou ordonnances de médicaments avant la dispensation est mise en place.*	1. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 2. Audit de validation
	11.5 L'organisme dispose d'une politique de posologie selon le poids en pédiatrie qui comprend une vérification fondée sur le nombre de milligrammes par kilogramme. Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer que la procédure stipulant que la posologie selon le poids en pédiatrie qui comprend une vérification fondée sur le nombre de milligrammes par kilogramme est mise en place.*	1. Assurer la mise en place de la procédure « Gestion des médicaments » 2. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 3. Audit de validation

Secteur	POR/Justification Agrément	Actions réalisées
	11.6 L'organisme dispose d'une politique de posologie en fonction de la surface corporelle pour la prescription de chimiothérapie, qui comprend une vérification fondée sur le nombre de milligrammes par mètre carré. Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer que la procédure stipulant que la posologie en fonction de la surface corporelle pour la prescription de chimiothérapie, qui comprend une vérification fondée sur le nombre de milligrammes par mètre carré est mise en place.*	1. Assurer la mise en place de la procédure « Gestion des médicaments » 2. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 3. Audit de validation
	12.2 L'organisme établit des politiques et procédures pour garantir une préparation sécuritaire des médicaments. Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer que les procédures ayant comme objectif de garantir une préparation sécuritaire des médicaments sont mises en place.*	1. Assurer la mise en place de la procédure « Gestion des médicaments » 2. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 3. Audit de validation
Banques de sang et services transfusionnels	18.2 L'établissement fournit de l'information au receveur qui comprend une description du sang total ou du produit sanguin labile, les risques et les avantages associés à la transfusion, les autres options qui s'offrent à lui ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent. Référence CSA : Z902-10, 11.2.1, 11.2.2 Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer l'actualisation de la directive.*	1. Audit pour vérification de la mise en place/ajustements 2. Audit de validation
	19.2 Immédiatement avant la transfusion, et en présence du receveur, les professionnels de la santé vérifient l'identité du receveur à l'aide des documents d'accompagnement ainsi que la compatibilité du sang total ou des produits sanguins labiles du donneur. Référence CSA : Z902-10, 11.3.1, 11.3.2, 11.3.3 Justification Agrément : *L'établissement doit décrire quels sont les éléments vérifiés spécifiques à la transfusion sanguine.*	1. Valider la documentation des éléments spécifiques à la transfusion sanguine dans le formulaire 2. Audit de validation

Secteur	POR/Justification Agrément	Actions réalisées
Laboratoire et banques de sang	13.10 Le laboratoire contrôle l'accès et l'utilisation des aires susceptibles d'affecter la qualité des activités. Référence ISO : 15189-07, 5.2.7 Référence CSA : Z902-10, 22.1.2 Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer que la nouvelle porte permettant de limiter l'accès au laboratoire est installée.*	1. Assurer l'installation de la nouvelle porte et application de la procédure (jetons) 2. Audit de validation
	14.8 Le laboratoire est sécuritaire et l'accès y est limité au personnel autorisé. Référence ISO : 15189-07, 5.2.7 Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer que la porte limitant l'accès au laboratoire a été installée.*	1. Assurer l'installation de la nouvelle porte et application de la procédure (jetons) 2. Audit de validation
	26.4 Le laboratoire surveille tous les incidents sur une longue période de temps et utilise l'information ainsi obtenue pour apporter des améliorations. Justification Agrément : *L'établissement doit démontrer que le processus pour rapporter les incidents et accidents est mis en place et ainsi surveille tous les incidents sur une longue période de temps et utilise l'information ainsi obtenue pour apporter des améliorations.*	Intégration du point qualité/sécurité lors des rencontres d'équipe (compilation dans un tableau)
Services de laboratoires biomédicaux	6.1 L'organisme a précisé les situations pour lesquelles des tests et des analyses peuvent être effectués hors laboratoire. Justification Agrément : *L'établissement doit confirmer que le comité a précisé les situations pour lesquelles des tests et des analyses peuvent être effectués hors laboratoire.*	Actualisation de la première rencontre du comité (prévue en novembre) dans laquelle les situations seront précisées puis documentées.
	6.3 Pendant la surveillance des analyses hors laboratoire, le laboratoire effectue un contrôle de la qualité pour chaque analyse. Justification Agrément : *L'établissement est encouragé à augmenter le nombre d'indicateurs utilisés.*	Identifier des indicateurs et mettre en place.

4.4.2. Au sujet de la sécurité des soins et services

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents. Réalisation de l'activité de sensibilisation à la déclaration "La chambre des erreurs ». Plus de 42 membres du personnel de l'Hôpital (préposées aux bénéficiaires, infirmières, infirmières auxiliaires, ergothérapeutes, physiothérapeutes, étudiants du Cégep, médecins, personnel de l'entretien, etc.) sont venus tester leur habileté à déclarer les situations à risque pour la sécurité des usagers.

Lors de la rencontre des gestionnaires en octobre 2012, une sensibilisation sur l'importance d'effectuer un retour aux équipes sur les mesures mises en place suite à la déclaration a été réalisée (présentation power point). Les gestionnaires ont reçu la consigne d'intégrer un point récurrent à leur ordre du jour de leur rencontre d'équipe soit un point en lien avec les AH-223. À ce jour, les secteurs suivants ont intégré ce point et utilisent les statistiques en gestion de risques : unité multiclientèle, pharmacie, longue durée (Centre d'hébergement Thérèse-Martin), laboratoire et santé mentale.

Un nouvel outil de communication, le babillard électronique a été développé dans le but de rejoindre davantage les équipes sur le terrain. Ce dernier sera utilisé pour assurer un retour sur la déclaration d'incidents/accidents et ainsi maintenir en continu la motivation à déclarer. L'outil sera déployé en septembre 2013 d'abord à l'urgence puis à l'unité multiclientèle.

Des articles ont été publiés tout au long de l'année dans le journal interne afin de sensibiliser à la déclaration des incidents et accidents.

Voici les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.0) :

- Rédaction d'une nouvelle procédure sur les mesures de contrôle et consultation auprès des instances cliniques (CMDP : 2013-02-14, CECII : 2013-02-27);
- Rencontre du personnel des trois centres d'hébergement pour la présentation des nouveaux outils cliniques à utiliser (septembre 2012 à avril 2013 lors des rencontres milieux de vie);
- Rencontre fixée avec le personnel de l'Hôpital en mai et juin 2013;
- Audits cliniques concernant les mesures de contrôle ont été réalisés et des évaluations se poursuivront par la direction des soins infirmiers en lien avec la visite de l'OIIQ.

Les correctifs ont été mis en place pour appliquer les recommandations du coroner.

Aucune recommandation du coroner n'a été émise spécifiquement pour notre établissement.

Voici les actions qui ont été réalisées au cours de l'année suite aux recommandations du coroner s'adressant à d'autres établissements, mais étant pertinentes aussi pour nous :
1- Description : Asphyxie positionnelle probable de type "co-sleeping"
Action du CSSSK : Information du rapport du coroner transférée aux personnes en lien avec le secteur d'activités.

2- Description : Asphyxie par suffocation et compression (CHSLD)
Actions du CSSSK : Information du rapport du coroner transférée aux personnes en lien avec le secteur d'activités. Conseillère-clinique a inclus l'ensemble des recommandations dans la procédure sur les mesures de contrôle.

3- Description : Sommeil sécuritaire asphyxie positionnelle
Action du CSSSK : Information du rapport du coroner transférée aux personnes en lien avec le secteur d'activités.

4- Description : SMART système de prévention des chutes
Actions du CSSSK : Information du rapport du coroner transférée aux personnes en lien avec le secteur d'activités. Demande de vérification en centres d'hébergement (CHSLD) et à l'Hôpital pour recenser ce type de système. Nous avions des connecteurs de type "SMART" en CHSLD, ces derniers ont tous été changés (aucun à l'Hôpital).

4.4.3. Au sujet de l'examen des plaintes et de la promotion des droits

En vertu de l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil d'administration doit tenir une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population. Lors de cette séance, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services fait une présentation de son rôle et du processus de traitement des plaintes et répond aux questions du public. Aussi, lors de cette séance, des copies du rapport annuel de l'établissement sont disponibles. De plus, des affiches relativement à l'examen des plaintes et à la promotion des droits sont clairement identifiées sur les murs des différentes installations du CSSSK et des dépliants sont disponibles à la réception des installations, dans les présentoirs des salles d'attente et dans les guides d'accueil des résidents.

Les moyens pour la population d'accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits (art. 33, al.2, par.10 et art. 76.10) sont en place.

Le rapport annuel de gestion de l'établissement est aussi disponible en version électronique. La population peut se le procurer en communiquant avec M^{me} Annick Bernard au secrétariat de la direction générale au 418 856-7000, poste 3229. Le rapport annuel sera aussi disponible sur l'éventuel site Internet de l'établissement prochainement.

4.4.4. Au sujet de l'information et de la consultation de la population

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska s'est inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité. Comme cette démarche est à la fois continue et intégrée, la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle est au cœur des préoccupations au quotidien.

La séance d'information publique est une rencontre qui permet de faire connaître à la population les différents chantiers de l'année et les objectifs pour la prochaine année.

Afin de connaître la satisfaction de la clientèle, des sondages ont été réalisés pour les services à domicile et pour la courte durée (services ambulatoires et hospitalisation). Les sondages portant sur les services offerts en centres d'hébergement seront disponibles dans la prochaine année.

Divers communiqués ont été publiés dans le journal Le Placoteux et à la radio CHOX-FM. Une brochure présentant les services à domicile a été distribuée dans tous les foyers du Kamouraska.

De plus, des rencontres avec les partenaires intersectoriels et communautaires font partie des modes d'information et de consultation de la population utilisés afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus (art. 99.8).

D'autres précisions sont apportées à l'intérieur des rapports annuels d'activités des directions.

5. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (CHAPITRE S-4.2)

5.1. Liste des membres du conseil d'administration au 31 mars 2013

M. Jean Desjardins,
président

M^me^ Johanne Laplante,
1^re^ vice-présidente

M^me^ Denise Grenier,
2^e^ vice-présidente (mandat 2012 à janvier 2013)

M. Jeannot Michaud
secrétaire et directeur général

M. Paul Crête, 2^e^ vice-président

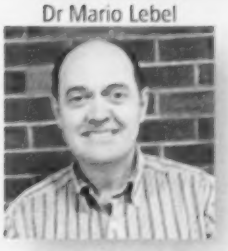
M^me^ Diane Bissonnette

M^me^ Monique Potvin

M^me^ Ghislaine Milliard-Lavoie

M^me^ Lise Verreault

Dr Mario Lebel



M^me^ Aline Chouinard

M. Carl Bélanger

M^me^ Marie-Catherine Jeffrey

M^me^ Aline Fortin

M. Jean-Simon Bélanger

M^me^ Annie Caron

M^me^ Anne-Marie Lapointe

M. Claude Dufour

5.2. Liste des conseils et comités

Comité exécutif	M. Jean Desjardins, président M^me^ Johanne Laplante, 1re vice-présidente M Paul Crête, 2e vice-président M. Jeannot Michaud, directeur général et secrétaire
Comité d'évaluation du directeur général	M. Jean Desjardins, président M^me^ Johanne Laplante, 1re vice-présidente M Paul Crête, 2e vice-président
Comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles	M. Claude Dufour M. Paul Crête, 2e vice-président M^me^ Johanne Laplante, 1re vice-présidente M^me^ Aline Fortin *Le directeur général et le président du conseil d'administration*
Comité de gouvernance et d'éthique	M^me^ Diane Bissonnette M^me^ Marie-Catherine Jeffrey M. Paul Crête, 2e vice-président *Le directeur général et le président du conseil d'administration*
Comité des usagers	M^me^ Aline Chouinard M^me^ Monique Potvin
Comité de vigilance et de la qualité	M^me^ Ghislaine Milliard-Lavoie M^me^ Aline Fortin M^me^ Monique Potvin
Comité de gestion des risques	M. Jeannot Michaud, directeur général et secrétaire du conseil d'administration M^me^ Annie Chamberland, gestionnaire de risques M. Denis Pelletier, représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) M^me^ Doris Brassard, représentante du conseil des infirmières et infirmiers (CII) M^me^ Louise East, représentante du conseil multidisciplinaire (CM) M^me^ Liliane Dubé, conseillère en prévention et contrôle des infections M^me^ Lise Viens, agente de liaison, comité des usagers M^me^ Marie-Andrée Lévesque, représentante du comité des usagers M. Luc Adam, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles M. Frédéric Gagnon, directeur de programmes, de la qualité et du développement
Comité de révision	M^me^ Ghislaine Milliard-Lavoie Dre Pia St-Louis et Dr Denis Pelletier

5.3. Les faits saillants

Le CSSS de Kamouraska doit maintenir en tout temps son statut d'agréé par Agrément Canada (maximum 4 ans) des services de santé et de services sociaux qu'il dispense auprès d'un organisme d'accréditation reconnu. La direction générale met en place la structure pour arriver à obtenir l'agrément sans condition à la prochaine visite d'Agrément en 2014. L'amélioration continue et intégrée de la qualité fait partie intégrante des séances du conseil d'administration afin que tous soient impliqués dans ce processus.

Parmi les nombreux dossiers traités au cours de l'année, quatre dossiers majeurs ont suscité beaucoup d'implication et de courage. Notons le dossier concernant la dénonciation de fin de bail pour le CLSC Les Aboiteaux situé à St-André, l'adaptation de l'offre de service aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie qui a pour conséquence la fermeture des activités d'hébergement au Centre d'hébergement Thérèse-Marin, le déménagement du CLSC Les Aboiteaux, point de service La Pocatière dans les murs de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima et finalement, les espaces de stationnement payants.

Outre les dossiers majeurs ci-haut mentionnés, d'autres sujets ont aussi suscité l'attention du conseil d'administration au cours de l'année :

- Les rapports financiers périodiques;
- Le dossier clinique numérisé (DCN);
- Les tableaux de bord concernant la surveillance des infections nosocomiales et le rapport trimestriel – Indicateurs de surveillance du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- Les différents rapports statistiques;
- Les rapports du comité de vérification;
- L'état des banques de temps;
- Le budget et les mesures d'optimisation et le suivi de la loi 100;
- L'autobus du centre de jour qui a nécessité une réorganisation de ce service;
- La reconnaissance aux bénévoles;
- Les recommandations du comité de gestion des risques;
- Les festivités du CSSSK – 50e de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima.

Le conseil d'administration a adopté des résolutions en lien avec :

- Le programme l'EnTrain, ce programme d'activités visant à prévenir la négligence chez les enfants de moins de 12 ans;
- L'entente de collaboration entre l'Estran (Centre de réadaptation en toxicomanie) dans le but de créer un cadre administratif convenu entre le CSSS de Kamouraska et le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent 2e ligne régionale, en lien avec l'offre de service en dépendances 2007-2012 du MSSS;
- Le protocole de collaboration entre l'OMH La Pocatière et le CSSS de Kamouraska qui permet une forme de soutien technique lors du démarrage, puis dans l'offre de service psychosocial auprès des personnes, dans leur logement. Cette entente vise aussi à clarifier les rôles et les modalités de collaboration entre les parties;
- Les nominations et les démissions de médecins;
- Le renouvellement de l'adhésion du CSSSS de Kamouraska à la Société d'aide au développement de la collectivité du Kamouraska (SADC) 2012-2013;
- La révision du règlement 01 de régie interne du conseil d'administration du CSSSK;
- Le budget de fonctionnement en équilibre budgétaire pour l'exercice financier 2012-2013;
- La politique de gestion des espaces de stationnement;
- Les rapports annuels de gestions 2011-2012 et des plans d'action des différents conseils et comités :
    - Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
    - Comité de prévention des infections;
    - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
    - Comité des usagers et comités des résidents;
    - Comité de vigilance et de la qualité;

- Comité de révision;
- Médecin examinateur;
- Comité de gestion des risques;
- Conseil des infirmières et infirmiers (comité des infirmières et infirmiers auxiliaires);
- Conseil multidisciplinaire;

- La présentation des services à domicile (formation de comité);
- Suivi de l'implantation des services de première ligne pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED);
- La désignation d'une entité responsable de la mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé;
- La désignation des effets bancaires, du contrat d'association 2011-2012 avec le Cégep de La Pocatière;
- L'optimisation du service des ressources humaines;
- L'adoption de la politique de transfert de renseignements d'un service à un autre afin de baliser le transfert de renseignements;
- La reconnaissance au Dr Raymond-Marie Raymond en nommant le salon du bloc opératoire au nom du Dr Raymond-Marie Raymond, premier anesthésiologiste de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- L'adoption de l'entente de gestion;
- La nomination d'un substitut au directeur général en cas d'absence ou d'empêchement du directeur général;
- La nomination de la personne responsable de la sécurité des actifs informationnels;
- La motion de félicitations au personnel directement touché par la présence des vérificateurs pour la qualité de leur collaboration et de leur soutien accordé ainsi que toutes les personnes œuvrant au CSSS de Kamouraska pour leurs efforts soutenus;
- L'adoption du rapport de l'auditeur indépendant et le rapport financier annuel du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska pour l'exercice se terminant le 31 mars 2012;
- Toute entente de services découlant de l'application de l'orientation régionale retenue en regard des systèmes de paie notamment au niveau de la mise en commun d'activités lorsque les conditions préalables à de telles mises en commun;
- La révision du règlement du conseil des infirmières et infirmiers;
- Les attentes signifiées au directeur général;
- La demande d'octroi « Opération Enfant Soleil »;
- La politique encadrant l'émission et l'exécution des ordonnances;
- Le règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration du CSSS de Kamouraska;
- Le calendrier des séances du conseil d'administration et des autres conseils ou comité;
- Le régime d'emprunts temporaires;
- La politique de contrôle de la qualité de l'environnement interne lors des travaux de construction;
- La politique encadrant le droit de refus selon la Loi sur la santé et la sécurité du travail;
- Le service auditeur indépendant 2012-2013;
- Le dépôt du projet au ministère de la Santé et des Services sociaux visant le remplacement des chaudières de chauffage au mazout lourd à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima par une chaudière à la biomasse (autorisation d'emprunt dans le cadre du projet Biomasse);
- L'avis de non renouvellement du bail liant le CLSC Les Aboiteaux - CSSS de Kamouraska et la Corporation Domaine Les Pèlerins;
- Le plan d'amélioration et d'optimisation au soutien à domicile – Adaptation de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes âgées;
- Les remerciements au comité organisateur du 50e de l'Hôpital;
- La nomination des chefs de départements;
- Le plan triennal 2012-2015 – Équipements médicaux;
- Le plan triennal 2012-2015 – Maintien des actifs immobiliers et rénovation fonctionnelle mineure autre que CHSLD;
- Le plan triennal 2012-2015 – Équipements non médicaux et mobiliers;
- La tarification ajustée du stationnement;
- L'autorisation d'emprunt projet autofinance activité accessoire (stationnement);

- La politique de gestion des déchets biomédicaux;
- La participation des membres désignés aux rencontres avec les représentants du conseil municipal de la municipalité de Rivière-Ouelle en lien avec le dossier de l'adaptation de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes âgées qui a pour conséquence la réduction du recours à l'hébergement institutionnel, et conséquemment la fermeture des activités d'hébergement au Centre d'hébergement Thérèse-Martin;
- La révision du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska;
- La mise à jour du registre des signataires autorisés pour la Régie de l'assurance maladie du Québec;
- La révision du règlement de régie interne du conseil multidisciplinaire;
- La planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI) 2012-2015;
- La volonté du conseil d'administration de maintenir M. Jeannot Michaud à titre de directeur général du CSSSK;
- Le renouvellement de nomination des médecins;
- Le plan des effectifs médicaux en omnipratique pour l'année 2013;
- La démission d'un membre du conseil d'administration;
- Le renouvellement des différents comités et représentants du conseil d'administration;
- La nomination des membres siégeant sur les différents comités du conseil d'administration;
- La proposition du Comité d'éthique de la recherche (CER);
- La politique sur la vérification des antécédents judiciaires;
- La politique de gestion des espaces de stationnement modifiée (DRFTI-PO-01);
- La proposition en lien avec la Loi sur l'intégrité en matière de contrats publics et désignation du responsable de l'observation des règles contractuelles (RORC) pour le CSSSK;
- Le programme de soins palliatifs du CSSS de Kamouraska;
- La démarche d'intégration de l'Approche adaptée à la personne âgée à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Le renouvellement 2013 de la cotisation au Centre local de développement;
- La désignation des délégués à l'Assemblée de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS);
- L'ouverture du poste de directrice ou directeur des ressources humaines et du développement organisationnel pour le CSSS de Kamouraska;
- Le rapport financier annuel – Fonds de santé au travail – Activités courantes au 15 décembre 2012;
- La proposition de la mise en candidature du projet de l'applicatif « Gestion des documents cliniques (GDC) » pour les prix de l'AQESSS 2013, dans le volet services de soutien 2013;
- La motion de félicitations à MM. Stéphane Gamache, Normand Hubert, M[mes] Isabelle Lafrenière et Suzanne Charron pour le projet de l'applicatif « Gestion des documents cliniques (GDC) »;
- L'attribution du contrat pour les services d'hébergement temporaire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) à LA RÉSIDENCE LA PETITE VILLA.

6. PRÉSENTATION DES RAPPORTS ANNUELS DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

6.1. Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité

COMPOSITION DU COMITÉ

Ce comité est formé de cinq (5) membres, dont trois (3) sont désignés par le conseil d'administration. Cette année, il s'agissait de :

- Madame Ghislaine Milliard-Lavoie, présidente du comité et membre du C.A.
- Madame Denise Grenier, membre du C.A.
- Madame Monique Potvin, membre du C.A.
- Madame Alice Bélanger, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Monsieur Jeannot Michaud, directeur général

En cours d'année, un des membres délégués par le conseil d'administration a remis sa démission.

Les personnes suivantes ont également assisté aux rencontres :

- Monsieur Frédéric Gagnon, directeur de programmes, de la qualité et du développement
- Monsieur Jean Desjardins, président du conseil d'administration
- Madame Julie Chénard, agente administrative

MANDAT DU COMITÉ

Le mandat principal du comité de vigilance et de la qualité est d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment à l'égard de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés, de même qu'au respect des droits des usagers.

BILAN DE L'ANNÉE

En 2012-2013, trois (3) réunions régulières ont été tenues. Les rapports de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, de même que ceux du comité de gestion des risques ont été présentés à chacune de ces rencontres.

Les sujets suivants ont aussi été au cœur des discussions du comité :

- Suivi des mesures à mettre en place suite à la visite d'Agrément Canada;
- Rencontres faites par la commissaire locale aux plaintes avec les résidents des centres d'hébergement ou leurs répondants et ceux des ressources intermédiaires (RI).

PERSPECTIVES POUR LA PROCHAINE ANNÉE

En 2013-2014, le comité suivra l'évolution de l'adaptation des services aux besoins des personnes en perte d'autonomie et la préparation de la visite d'Agrément du mois d'octobre 2014.

En terminant, je remercie les membres qui ont participé aux rencontres du comité en 2012-2013 et pour leur contribution essentielle dans l'amélioration des services offerts à notre population.

Madame Ghislaine Milliard-Lavoie
Présidente du comité de vigilance et de la qualité

6.2. Rapport annuel et plan d'action du comité de gestion des risques

La raison d'être du comité de gestion des risques est de rechercher, développer et promouvoir des moyens en vue d'assurer la sécurité des usagers. En regard de ces mandats, le comité de gestion des risques s'est réuni à quatre (4) reprises durant l'année financière 2012-2013 et a accueilli deux nouveaux membres soit un nouveau représentant du comité des usagers ainsi que le nouveau directeur général de notre CSSS. Les membres qui en font partie sont :

- Madame Annie Chamberland, gestionnaire de risques
- Monsieur Denis Pelletier, représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Madame Doris Brassard, représentante du conseil des infirmiers et infirmières
- Madame Louise East, représentante du conseil multidisciplinaire
- Madame Liliane Dubé, conseillère en prévention et contrôle des infections
- Madame Lise Viens, agente de liaison, comité des usagers
- Madame Marie-Andrée Lévesque, représentante du comité des usagers
- Monsieur Luc Adam, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles
- Monsieur Frédéric Gagnon, directeur de programmes, de la qualité et du développement
- Monsieur Jeannot Michaud, directeur général

RÉALISATION DES RECOMMANDATIONS

Une analyse régulière des rapports d'incidents et d'accidents a été réalisée et douze (12) événements sentinelles ont été analysés. Des recommandations ont été acheminées aux directions concernées, ainsi qu'au conseil d'administration, afin d'améliorer les services et d'augmenter le degré de sécurité lors de la prestation des soins et des services.

De ces recommandations, des actions ont été prises telles que :

- La liste des médicaments de niveau de risque et d'alerte élevée a été produite et distribuée au personnel médical et infirmier et est accompagnée d'une procédure de mise à jour.
- Toutes les portes donnant accès aux escaliers intérieurs/extérieurs des Centres d'hébergement D'Anjou et Villa Maria ont été munies d'un dispositif assurant que ces portes soient barrées en tout temps. De plus, un dispositif sécurisant l'accès de tous les ascenseurs a été installé et des poteaux, empêchant l'accès aux fauteuils roulants, sont maintenant présents devant tous les escaliers.
- Le DCN (dossier clinique numérisé) est implanté depuis novembre 2012 à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima et tous les dossiers en CLSC de 2008 à août 2012 ont été numérisés. Une procédure sur la numérisation a été adoptée par le comité de direction en avril 2013.
- La politique et la procédure sur le transfert de renseignements ont été adoptées et des outils pour faciliter l'application (aide-mémoire, formulaire de confirmation) ont été réalisés. Des audits ont été réalisés par la suite.
- Septembre 2012 à avril 2013, rencontres de support coaching auprès de toutes les ASI et infirmières en CHSLD à l'intérieur de laquelle le nouveau canevas des rencontres interdisciplinaires est présenté. Celui-ci impliquera de façon systématique à l'ordre du jour un point sur les risques de traumatismes à la mobilisation.

RÉALISATION DU PLAN D'ACTION 2012-2013

- ✓ **Priorité « Supporter le déploiement du programme de prévention des chutes »**
  Présentement en cours. Le comité ayant pour mandat de réviser puis d'assurer le déploiement du programme de prévention des chutes est actuellement en place.

- ✓ **Priorité « Maintenir et consolider la motivation à déclarer les incidents et accidents »**
  - Lors de la rencontre des gestionnaires en octobre 2012, une sensibilisation sur l'importance d'effectuer un retour aux équipes sur les mesures mises en place suite à la déclaration a été réalisée (présentation power point).

- Les gestionnaires ont reçu la consigne d'intégrer un point récurrent à leur ordre du jour de leur rencontre d'équipe soit un point en lien avec les AH-223. À ce jour, les secteurs suivants ont intégré ce point et utilisent les statistiques en gestion de risques (unité multiclientèle, pharmacie, longue durée – Centre d'hébergement Thérèse-Martin, laboratoire et santé mentale).
- Un nouvel outil de communication, le babillard électronique, a été développé dans le but de rejoindre davantage les équipes sur le terrain. Ce dernier sera utilisé pour assurer un retour sur la déclaration des incidents/accidents et ainsi maintenir en continu la motivation à déclarer. L'outil sera déployé en septembre 2013 d'abord à l'urgence puis à l'unité multiclientèle.

✓ **Priorité « Rencontres d'information et de sensibilisation auprès du personnel du CH sur la déclaration des incidents/accidents »**
Cette priorité n'a pu être réalisée à ce jour. Par ailleurs, l'activité réalisée dans le cadre de la journée « Sécurité au CSSSK » (voir les détails ci-dessous) est venue atteindre une partie de l'objectif visé.

✓ **Priorité « Assurer la mise à jour du tableau des mesures correctives »**
De nouveaux tableaux visant à améliorer l'efficacité des différents suivis des mesures correctives ainsi que des événements sentinelles ont été présentés lors de la rencontre d'octobre 2012 du comité de gestion de risque. Lors de la rencontre suivante, soit en décembre 2012, le tableau des mesures correctives ainsi que le tableau de suivi des événements sentinelles ont été révisés et mis à jour par le comité.

✓ **Priorité « Planifier une journée sécurité au CSSSK avec un thème spécifique »**
- L'activité réalisée pour l'année 2011-2012 s'intitulait « La chambre des erreurs ». Plus de 42 membres du personnel de l'hôpital (préposés aux bénéficiaires, infirmiers, infirmiers auxiliaires, ergothérapeutes, physiothérapeutes, étudiants du Cégep, médecins, personnel de l'entretien, etc.) sont venus tester leur habileté à déclarer les situations à risque pour la sécurité des usagers.

  Pour ce faire, un local a été transformé en chambre au 3e étage de l'hôpital, à l'intérieur de laquelle une vingtaine d'erreurs étaient simulées. Les participants devaient en identifier le plus grand nombre possible.

- En continuité avec la thématique de la sécurité au CSSSK, la semaine nationale de la sécurité des patients (semaine du 29 octobre au 2 novembre 2012) a été soulignée par la distribution de napperons à la cafétéria de l'hôpital et du CLSC Saint-Pascal, ainsi que par une mention dans la page d'accueil de l'intranet du CSSSK et le journal interne édition octobre 2012.

✓ **Priorité « Poursuivre la sensibilisation auprès du personnel et des gestionnaires concernant le rôle du comité de gestion des risques »**
- Dans le cadre des rencontres de sensibilisation sur la déclaration des incidents/accidents auprès de tous les intervenants en longue durée, une présentation du rôle et mandat du comité de gestion des risques a été intégrée. Plus de 119 employés (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, ASI, agentes administratives et éducateurs spécialisés) ont été rencontrés à l'intérieur de ces rencontres se déroulant de septembre 2012 à avril 2013.

STATISTIQUES

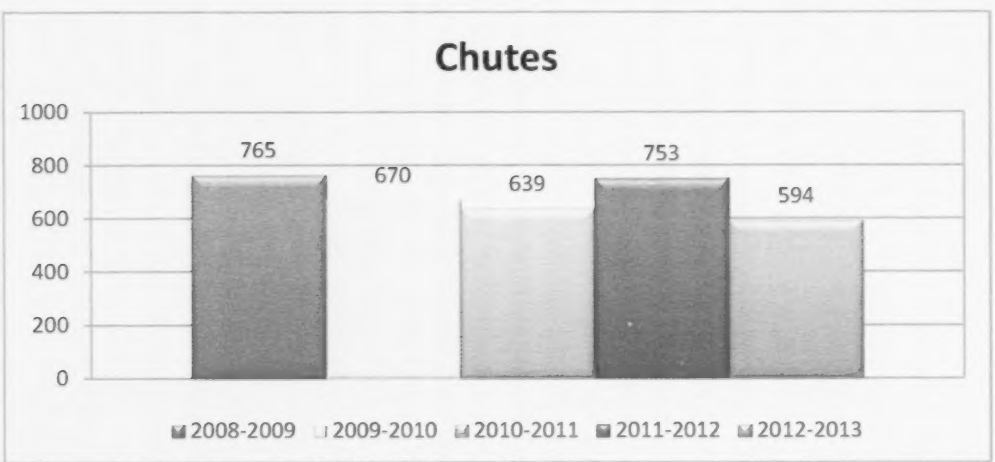
Il y a eu cette année, **1 376** incidents/accidents déclarés comparativement à **1 493** en 2011-2012; ce qui représente une baisse de **117** événements par rapport à l'année dernière.

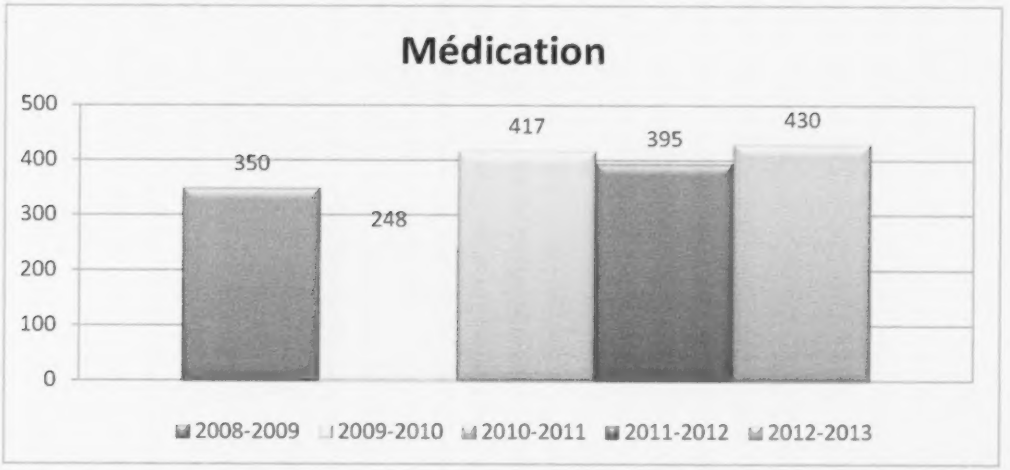
Pour l'année 2012-2013, les principaux événements pour l'ensemble de notre organisation sont les chutes et les erreurs de médicaments. Ceux-ci représentent respectivement **43.2%** et **31.3%** de toutes les situations déclarées comparativement à **50.4%** et **26.5%** pour l'année dernière.

Accidents/incidents par catégorie, par année financière

2008-2009 / 2009-2010 / 2010-2011 / 201-2012 / 2012-2013

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Chutes	765	670	639	753	594
Médication	350	248	417	395	430
Traitement / Test diagnostique	76	71	96	93	87
Équipement / Matériel / Bâtiment / Effets personnels	43	39	28	80	66
Autres types d'évènements	138	106	289	172	199
Total :	**1372**	**1134**	**1469**	**1493**	**1376**





CONCLUSION

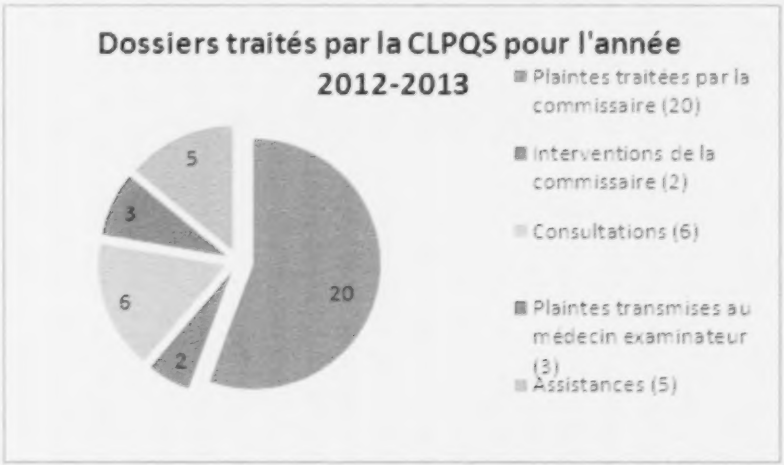
Le comité de gestion des risques est conscient de l'importance du mandat qui lui est confié et s'investit dans la compréhension des enjeux organisationnels, tant en matière de gestion des risques que du développement d'une culture de la sécurité dans toutes les sphères d'activités de l'établissement.

Annie Chamberland
Gestionnaire de risques

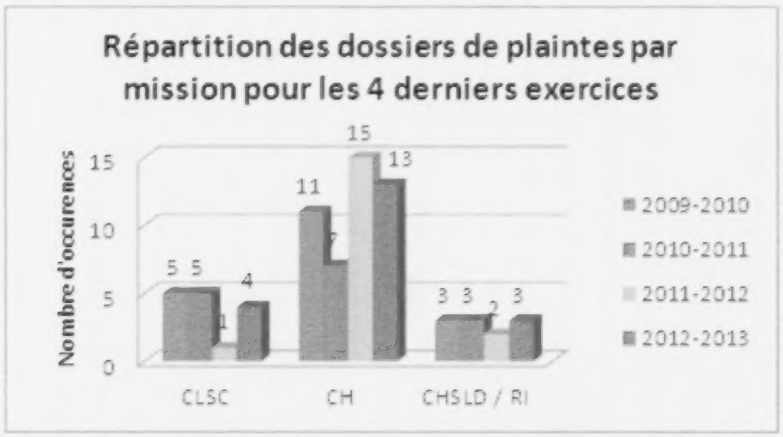
6.3. Rapport annuel de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

La commissaire occupe une fonction exclusive au sein de l'établissement, à raison de 14 heures par semaine, et elle relève du conseil d'administration. Son rôle est, notamment, d'assurer le respect des droits des usagers et de veiller à l'amélioration de la qualité des services. La commissaire a compétence pour traiter les plaintes qui émanent des soins et services donnés par le CSSSK à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, en CHSLD (Centre d'hébergement D'Anjou, Centre d'hébergement Thérèse-Martin et Centre d'hébergement Villa Maria), en CLSC (points de service de La Pocatière, St-Pascal et St-André), en hébergement en ressources intermédiaires (7 résidences sur le territoire) et à domicile.

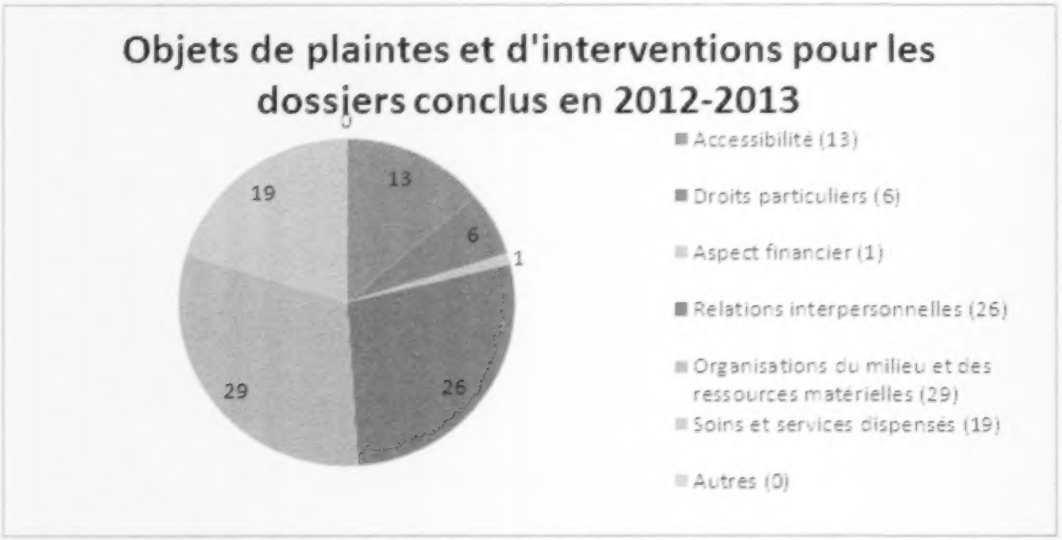
Pour l'exercice 2012-2013, la commissaire a reçu 23 plaintes dont trois ont été transmises au médecin examinateur, comparativement à 22 dossiers en 2011-2012. Au 31 mars 2013, deux dossiers étaient encore en examen par la commissaire et un par le médecin examinateur. En cours d'année, un dossier traité en 2011-2012 a fait l'objet d'une demande de révision auprès du Protecteur du citoyen, mais ce dernier n'a pas émis de recommandation suite à son analyse. Dans le cadre de son mandat, la commissaire est intervenue à deux reprises via son pouvoir d'intervention et elle a également traité cinq dossiers d'assistance et six dossiers de consultation.



La provenance des dossiers est répartie entre les trois (3) missions du CSSSK de la façon suivante :



Cette année, 93 objets de plaintes ont été répertoriés parmi les plaintes et les interventions conclues pendant l'exercice, en lien avec les catégories ci-dessous :



Des conclusions sont émises, par écrit, pour chaque plainte traitée et sont dégagées de chaque intervention menée. Plusieurs d'entre elles visent à donner des explications ou des informations sur les situations rapportées. Par exemple, cela permet au plaignant de mieux comprendre les critères d'éligibilité aux services offerts ou le mode d'organisation et de dispensation de ces services. Par contre, lorsque des correctifs ou des améliorations découlant du traitement d'une plainte ou d'une intervention sont nécessaires, des mesures correctives visant l'amélioration de la qualité des services sont alors identifiées.

Cette année, 38 objets de plaintes sur 93 ont entraîné une recommandation de la commissaire, soit 41% d'entre eux. Quant à la nature de ces recommandations, elles sont à portée individuelle dans sept cas (18%), contre 31 objets (82%) ayant une portée systémique. Il est donc important de souligner que la plainte qui a généré une mesure corrective permet, dans plus de huit cas sur dix, d'apporter des correctifs qui augmenteront la qualité des soins et services offerts à l'ensemble des usagers. Les 38 recommandations ont touché les aspects suivants : l'adaptation des soins et des services (24), l'adaptation du milieu et de l'environnement (5), l'adoption, la révision ou l'application de règles et procédures (3), la conciliation, médiation ou l'explication (2), l'information ou la sensibilisation d'un intervenant (1), la communication et la promotion (2), la formation et la supervision du personnel (1).

En ce qui a trait au délai de traitement des dossiers, celui-ci est variable et est affecté par la présence de dossiers complexes. Cette année, 52% des dossiers de plaintes ont été examinés à l'intérieur du délai maximum de 45 jours prévu par la Loi. Cette situation est difficilement prévisible puisqu'elle est tributaire de l'ampleur du dossier et du nombre d'intervenants impliqués. Ainsi, les objets de plaintes qui concernent la qualité des soins et services dispensés nécessitent souvent une analyse en profondeur des balises professionnelles et des protocoles à la base de la dispensation du soin incriminé, ce qui entraine inévitablement un délai de traitement plus étendu.

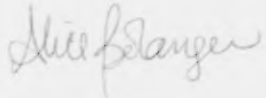
Puisque la commissaire n'œuvre pas en vase clos, le délai de traitement des plaintes est aussi influencé par la disponibilité des gestionnaires et des employés qui doivent être rencontrés dans le cadre d'une enquête. Les délais sont également plus longs pour les dossiers inter-établissements, ce qui s'est produit à deux reprises cette année. L'objectif pour la prochaine année demeure la diminution des délais de traitement de l'ensemble des dossiers et l'augmentation du nombre de dossiers traités dans les délais requis.

Dans le cadre de ses autres fonctions, la commissaire a également participé aux activités suivantes :

- Une séance du conseil d'administration en mai 2012 et une rencontre publique d'information en octobre 2012,
- Trois rencontres du comité de vigilance et de la qualité,
- Trois rencontres de la Table régionale des commissaires du Bas St-Laurent,
- Une formation sur l'approche Lean Healthcare dans le milieu de la santé et une formation sur l'éthique à l'heure des médias sociaux,
- Trois rencontres d'information dans les centres d'hébergement (CHSLD) pour les résidents et leurs proches, auxquelles les résidents en ressources intermédiaires ont aussi été conviés,
- Une rencontre avec la présidente du comité des usagers,
- Une parution dans le journal interne du CSSSK pour sensibiliser les employés au droit à la confidentialité pour les usagers, ainsi que la distribution continue des dépliants du régime d'examen des plaintes et des formulaires de plaintes dans les différents points de service de l'établissement et dans les pochettes d'accueil des résidents en hébergement de longue durée.

Au cours de la prochaine année, nous souhaitons atteindre les objectifs suivants :

1. Diminuer le délai de traitement des dossiers de plainte;
2. Poursuivre les rencontres annuelles d'information en CHSLD en invitant les usagers hébergés en ressources intermédiaires;
3. Participer aux rencontres d'accueil des nouveaux employés afin de les sensibiliser au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers;
4. Augmenter la sensibilisation des employés à la notion de confidentialité et à son application dans le travail au quotidien.



Alice Bélanger
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

6.4. Rapport annuel du comité de révision

COMPOSITION

Conformément aux dispositions de la Loi, l'Établissement doit former un comité de révision. Celui-ci est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration. Le président du comité est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration et les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans l'Établissement. La durée du mandat est fixée à un an.

Pour l'année 2012-2013, le comité était composé des personnes suivantes :

- Madame Ghislaine Milliard-Lavoie, présidente
- D[r] Denis Pelletier
- D[re] Pia St-Louis

MANDAT

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager par le médecin examinateur, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, avec diligence et équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'usager, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné.

BILAN 2012-2013

Au cours de l'année 2012-2013, une plainte a été soumise au comité de révision et le dossier a été conclu le 30 octobre 2012.

La présidente,

Ghislaine Milliard-Lavoie

6.5. Rapport annuel du médecin examinateur

Je veux par la présente vous remettre un court rapport qui sera à la mesure du faible nombre de plaintes à traiter à chaque année dans votre établissement, soit pour cette année trois plaintes.

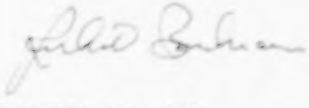
Dans les trois cas, les plaintes portent sur une insatisfaction quant à la quantité ou la qualité des soins reçus par le médecin visé.

Dans la première plainte, la personne plaignante aurait voulu que des tests de laboratoire soient faits en prévision d'un traitement spécialisé qu'elle devait recevoir prochainement. Le médecin a refusé n'étant pas d'accord sur la nécessité de tels examens. Il a quand même fait une lettre d'explication et d'excuses à la personne.

Dans le deuxième cas, une personne a déploré qu'on ait donné peu de soulagement à son père en phase terminale. Elle aurait voulu qu'on lui administre une médication qui l'aurait « laissé partir en douceur ». Je crois que la communication avec la famille fut particulièrement difficile et que la présence d'une équipe en soins palliatifs aurait pu éviter l'incompréhension avec la famille et l'insatisfaction qu'elle a ressentie. Des recommandations verbales (avec insistance) ont été faites aux personnes concernées.

Pour la troisième plainte, un médecin en stage a fait de son mieux pour répondre à une personne qui s'est offusquée qu'on lui dise que les services qu'elle souhaitait n'étaient disponibles qu'à Québec ou à Montréal. Guidé par le médecin superviseur qu'il a consulté à trois reprises, le médecin stagiaire a finalement proposé à la plaignante une solution d'échange valable qu'elle pourra appliquer. En fait elle a orienté sa recherche dans le sens suggéré, en collaboration avec son pharmacien. Dans ma réponse, je lui ai expliqué qu'effectivement, le droit d'accès aux services de santé implique parfois des déplacements pour accéder à des services plus spécialisés ou plus rarement sollicités.

En fin de compte, je suis convaincu que le peu de plaintes visant des médecins du Kamouraska et un témoignage de l'excellente équipe de médecins qui s'y trouvent. Comme ailleurs, j'ai obtenu une réponse de qualité lorsque j'interpellais les médecins et je suis satisfait du sérieux avec lequel ces médecins réagissent aux plaintes.



Richard Boudreau, MD
Médecin examinateur

6.6. Rapport annuel et plan d'action du comité des usagers et des comités des résidents

MOT DE LA PRÉSIDENTE

L'année 2012-2013 a été fortement marquée par la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin, de Rivière-Ouelle. Le comité des usagers n'avait pas vu venir cette décision unilatérale du CSSSK qui est tombée sans que la communauté ni le comité n'aient été sensibilisés à la situation. Ce fut un choc brutal. Incompréhension, inquiétude, sentiment d'injustice et finalement drame humain pour les personnes les plus directement touchées.

Le comité des usagers a dû naviguer dans ce contexte difficile en gardant le cap sur le mandat que la Loi lui confie et en essayant, malgré tout, de respecter les principes directeurs qui guident l'action des comités. Deux de ces principes ont été particulièrement malmenés dans le contexte, soit : le respect et la collaboration « basés sur la **confiance** entre les membres du comité des usagers, les membres des comités des résidents, la direction de l'établissement et tous les autres intervenants sont essentiels à l'émergence d'une action concertée et efficace auprès des usagers et des résidents »; et « le **partenariat** avec les différentes directions de l'établissement **doit être privilégié** afin de développer une **réelle synergie** pour le respect des droits des usagers et des résidents et l'amélioration de la qualité des services dans l'établissement. » Nous avons dû, à plusieurs reprises, expliquer pourquoi le comité des usagers ne partait pas en guerre contre le CSSSK.

La fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin a amené un lot impressionnant de rencontres : réunions extraordinaires du comité des usagers, rencontres avec la direction générale, assistance aux assemblées publiques du conseil d'administration, rencontre avec les familles des résidents du Centre d'hébergement Thérèse-Martin, accompagnement d'usagers et membres de ces familles.

Malgré ce contexte, le comité des usagers a réussi à organiser une assemblée publique d'information avec le CAAP du Bas-St-Laurent (Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes), une tournée d'information dans les trois centres d'hébergement à l'automne 2012 avec la commissaire locale aux plaintes, une rencontre avec le conseil d'administration en mars 2013 pour tenter de le sensibiliser aux inquiétudes du comité relativement à la qualité des services donnés dans les ressources intermédiaires.

Nous avons l'impression d'avoir passablement travaillé sans avoir nécessairement obtenu des résultats correspondant aux efforts fournis.

Il reste beaucoup à faire et l'année 2013-2014 devrait nous amener à regarder plus précisément vers les ressources intermédiaires et l'évaluation de la satisfaction des usagers quant à la qualité des services reçus du CSSSK.

Marie-Andrée Lévesque
Présidente
Comité des usagers du CSSSK

COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS
CSSS DU KAMOURASKA
2012-2013

M^me^ Marie-Andrée Lévesque Élue le 13 juin 2011 Élue présidente le 5 juillet 2011	Présidente représentante	population Comité des résidents Centre d'hébergement D'Anjou Saint-Pacôme
Poste vacant	Vice-président	
M^me^ Marie-Hélène Lavoie Élue le 8 juin 2010 Élue secrétaire-trésorière le 17 octobre 2012	Secrétaire-trésorière	population Saint-Pascal
M^me^ Monique Potvin Élue le 19 juin 2012		population Saint-Germain
M^me^ Berthe Dionne Élue le 19 juin 2012	présidente	Comité des résidents Centre d'hébergement Thérèse-Martin
M^me^ Christiane Lévesque Élue le 13 juin 2011		population Saint-Onésime
M^me^ Aline Chouinard Nommée le 31 août 2011	présidente	Comité des résidents Centre d'hébergement Villa Maria
M^me^ Sylvie Beaulieu Nommée le 8 février 2012		Représente les usagers Ressources intermédiaires Saint-Pascal

M^me^ Monique Potvin et M^me^ Aline Chouinard, membres du conseil d'administration du CSSSK

M^me^ Marie-Andrée Lévesque, membre du comité de gestion des risques et membre du comité stratégique qualité-sécurité

M^me^ Monique Potvin, membre du comité de vigilance et de la qualité

M^me^ Lise Viens, agente de liaison du comité des usagers CSSSK et membre du comité de gestion des risques et représente les comités des usagers du Bas-Saint-Laurent au Regroupement provincial des comités des usagers

COMPOSITION DES COMITÉS DES RÉSIDENTS

CENTRE VILLA MARIA

M[me] Aline Chouinard	Présidente	proche aidante
M[me] Angèle Harton		résidente
M. Denis Bélanger		proche aidant
M. Conrad Bouchard		proche aidant
M[me] Jacqueline Ouellet		résidente
M. Réal Pelletier		proche aidant

CENTRE D'ANJOU

M. Marc Bourdeau	Président	résident
M[me] Monique Pelletier		proche aidante
M[me] Justine Caron		proche aidante
M[me] Aline Deschênes		résidente
M[me] Marie-Andrée Lévesque		proche aidante
M[me] Thérèse Aubut		proche aidante
M[me] Dorothée Grandmaison		proche aidante
M[me] Francine Lévesque		résidente

CENTRE THÉRÈSE-MARTIN

M[me] Berthe Dionne	Présidente	proche aidante
M[me] France Gagné		résidente
M[me] Lyne Paradis		résidente

OBJECTIFS 2012-2013

Objectifs :

Les objectifs du comité des usagers et des comités des résidents sont établis en vertu des fonctions précisées par la Loi soit :

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations :

- Visiter les ressources intermédiaires avec la commissaire aux plaintes;
- Maintenir à jour l'information sur le site Web du comité des usagers;
- Présence dans le journal du CSSSK;
- Présence dans le journal local Le Placoteux : articles sur le rôle du comité des usagers et des comités des résidents et l'information aux usagers sur leurs droits et leurs responsabilités;
- Accueil de nouveaux résidents/pochette d'accueil;
- Rédiger un document énonçant clairement le mandat du comité des résidents et ses responsabilités – à être remis aux familles;

- Tenir une assemblée générale au mois de juin 2013;
- Offrir un calendrier pour 2013 aux résidents;
- Développer de nouveaux dépliants pour le comité des usagers et les comités des résidents ainsi que des affiches.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents :

- Offrir des conférences sur différents sujets touchant les usagers et/ou résidents;
- Implication dans divers comités tels que le conseil d'administration du CSSSK, comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité, conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers et implication également dans le comité des proches aidants.

Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents :

- Faire un suivi sur le dossier des soins palliatifs et le maintien à domicile;
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un résident.

Activités de représentation :

- Faire un minimum de huit réunions du comité des usagers du CSSSK et quatre réunions des comités des résidents dans l'année;
- Organiser des activités promotionnelles;
- Assister à la formation et participer aux sessions d'information de différents organismes tels que le Conseil de protection des malades, Regroupement provincial des comités des usagers, Regroupement des comités des usagers du Bas-Saint-Laurent et toute autre formation connexe avec le mandat du comité des usagers du CSSSK et des comités de résidents des centres d'hébergement (CHSLD).

D'autres activités pourront être organisées à la demande des usagers ou par décision du comité des usagers au besoin.

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2012-2013

Le comité des usagers a tenu sept réunions régulières en 2012-2013 : 2 mai 2012, 30 mai 2012, 5 septembre 2012, 17 octobre 2012, 5 décembre 2012,30 janvier 2013 et 27 mars 2013.

Le comité des usagers a tenu quatre réunions extraordinaires en 2012-2013 : 19 juin 2012, 25 septembre 2012, 7 novembre 2012 et 18 février 2013.

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations :

- Le rapport d'activités 2011-2012 a été déposé lors de l'assemblée générale le 19 juin 2012;
- Le calendrier 2013 a été distribué aux résidents des centres d'hébergement (CHSLD);
- Un nouveau dépliant a été conçu et distribué dans les centres d'hébergement (CHSLD);
- Le 25 septembre 2012, la présidente a fait un communiqué de presse au nom du comité des usagers au sujet de l'annonce de la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin;
- Une publicité a paru dans le journal du CSSS de Kamouraska et dans Le Placoteux pour inviter les usagers à une session d'information avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP).

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et des résidents :

- Le 30 mai 2012, M^me^ Marie-Andrée Lévesque est nommée membre du comité de gestion des risques;
- Le 5 septembre 2012, M. Frédéric Gagnon et M^me^ Annie Chamberland nous ont expliqué le mandat du comité de gestion des risques;
- M^me^ Marie-Andrée Lévesque a accompagné la commissaire aux plaintes lors des visites dans les centres d'hébergement (CHSLD) le 26 septembre 2012 au Centre d'hébergement Thérèse-Martin et le 3 octobre, au Centre

d'hébergement D'Anjou. M[me] Aline Chouinard a accompagné la commissaire aux plaintes lors de la visite du Centre d'hébergement Villa Maria;

- Une réunion extraordinaire avec M. Jeannot Michaud a eu lieu le 7 novembre 2012 pour discuter de la fermeture annoncée du Centre d'hébergement Thérèse-Martin;
- Le 28 novembre 2012, M[me] Marie-Andrée Lévesque et M[me] Lise Viens ont assisté à une formation sur la gestion des risques et le rôle du membre du comité des usagers au sein du comité de gestion des risques et une formation sur la façon de monter un dossier;
- Le 7 février 2013, M[me] Marie-Andrée Lévesque a rencontré le directeur général, M. Jeannot Michaud, pour dénoncer le fait que le salon des résidents à l'entrée du Centre d'hébergement D'Anjou était réquisitionné pour faire un bureau;
- Le 7 février 2013, M[me] Marie-Andrée Lévesque a rencontré le directeur général, M. Jeannot Michaud, pour questionner au sujet de deux décès survenus en CHSLD et en ressources intermédiaires (les réponses aux questionnements ont été fournies par le directeur général en mai 2013).

Mieux se renseigner sur l'approche du maintien à domicile et autres domaines :

- M[me] Guylaine Ouellet, chef des services d'hébergement institutionnel au Centre d'hébergement D'Anjou et au Centre d'hébergement Thérèse-Martin explique l'organisation du travail et présente l'organigramme touchant les services;
- Le 30 janvier 2013, M. Jeannot Michaud, lors de la réunion du comité des usagers, a informé les membres sur la procédure de fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin et le transfert des résidents à d'autres centres et/ou résidences pouvant répondre aux besoins de chacun et le maintien des services de bonne qualité dans les centres d'hébergement (CHSLD);
- Le 27 mars 2013, M[me] Colombe Pelletier, coordonnatrice du programme santé physique, est venue nous faire une présentation sur le programme des soins palliatifs.

Accompagner et assister les usagers ou les résidents sur demande :

- Trois demandes d'intervention ont été traitées pendant la période :
  - Une a été réglée par téléphone;
  - Pour une autre, nous avons référé l'usager au Centre d'assistance et accompagnement aux plaintes (CAAP) du Bas-Saint-Laurent;
  - La troisième, une demande d'accompagnement lors d'un plan d'intervention a été effectuée par la présidente.

Faire du recrutement auprès des familles des résidents et des usagers pour augmenter le nombre de membres dans les différents comités :

- Lors des réunions des différents comités des résidents, nous avons rappelé aux gens la nécessité d'avoir de la relève;
- Le recrutement de deux nouveaux membres au comité des résidents du Centre D'Anjou.

Intensifier la promotion et les services offerts aux familles dont un des leurs a un problème de santé mentale :

- Recherche continue pour trouver les moyens d'aider ces familles.

Activités de représentation :

- M[mes] Monique Potvin et Aline Chouinard ont siégé au sein du conseil d'administration du Centre de Santé et de services sociaux de Kamouraska;
- M[me] Marie-Andrée Lévesque a siégé sur le comité stratégique qualité-sécurité;
- M[me] Lise Viens et M. Jacques Grandmaison et après la démission de ce dernier, M[me] Marie-Andrée Lévesque ont siégé au sein du comité de gestion de risques du CSSSK;
- M[me] Monique Potvin a siégé au sein du comité de vigilance et de la qualité;
- M[me] Lise Viens a représenté le comité des usagers au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers en septembre 2012;

- À la suite de sa nomination comme représentante du Bas-Saint-Laurent au conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers, M^me^ Lise Viens a représenté la région au conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers à trois occasions;
- M^me^ Marie-Andrée Lévesque et M^me^ Lise Viens ont assisté au Regroupement des comités des usagers du Bas-Saint-Laurent à Matane le 30 août 2012;
- M^me^ Lise Viens a représenté le comité des usagers au comité des proches aidants de Kamouraska;
- M^mes^ Marie-Andrée Lévesque, Aline Chouinard et Monique Potvin ont assisté à une réunion au mois de janvier 2013 en compagnie des familles pour obtenir de l'information sur la fermeture d'une aile au Centre d'hébergement Thérèse-Martin;
- M^me^ Marie-Andrée Lévesque a assisté aux assemblées publiques du conseil d'administration du CSSSK où il était question de la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin;
- M^me^ Marie-Andrée Lévesque a eu une rencontre avec la direction générale et un usager insatisfait des services;
- M^me^ Marie-Andrée Lévesque a fait une visite du Centre d'hébergement D'Anjou avec la direction du CSSSK et un usager;
- M^me^ Marie-Andrée Lévesque a fait une rencontre des employés du Centre d'hébergement D'Anjou avec le directeur général;
- M^me^ Marie-Andrée Lévesque a fait une visite du Centre d'hébergement D'Anjou avec le directeur général et le député Norbert Morin.

Activités promotionnelles :

- Cartes de Pâques et chocolats offerts aux résidents à Pâques;
- Calendriers offerts aux résidents pour l'année 2013;
- Présence des membres du comité des usagers aux dîners de Noël pour parler du rôle du comité des usagers et celui des comités de résidents.

Défense des droits et des intérêts collectifs :

- Formation d'un nouveau comité en octobre 2012, élection des officières/officiers et la signature du serment de confidentialité par les nouveaux membres.

RAPPORTS D'ACTIVITÉS 2012-2013 - COMITÉS DES RÉSIDENTS

Centre Villa Maria :

3 juillet 2012 :

Il est proposé de renouveler le sondage mis à la disposition des résidents, ce sondage ne correspond plus aux besoins et demandes des usagers.

Il est également discuté de la façon dont sont répartis les résidents compte tenu de leur condition, des demandes ont été faites auprès de la coordonnatrice du centre. Nous devrions avoir le suivi à la prochaine rencontre.

14 novembre 2012 :

Préparation de la Fête de Noël, envoi d'invitations aux familles afin d'avoir le plus de monde possible, puisque c'est une très belle occasion de présenter et partager avec les résidents et parents, amis et bénévoles. Les familles ont beaucoup apprécié la présence du comité des résidents.

Nous avons distribué aux résidents le nouveau dépliant du comité des usagers. Nous sommes toujours en mode de recrutement.

Aline Chouinard, présidente

Centre Thérèse-Martin :

Dans le contexte de fermeture du centre, toutes les activités du comité se sont concentrées à suivre de près les transferts de la clientèle et le démantèlement des unités. Ce fut une année très difficile pour les résidents et leurs proches qui ont eu à vivre plusieurs deuils.

Berthe Dionne, présidente

Centre D'Anjou :

Le comité a tenu six réunions régulières en 2012-2013 :

24 avril 2012,	29 mai 2012,	4 septembre 2012,
20 novembre 2012,	15 janvier 2013,	12 février 2013.

Plusieurs sujets concernant la qualité de vie des résidents ont été discutés : alimentation, organisation du travail, propreté des locaux, vocation des locaux, travaux de rénovation, accueil des résidents en provenance du Centre d'hébergement Thérèse-Martin à la suite de la décision de fermeture, transfert de personnel, aménagement paysager. Le comité a été très vigilant et actif pour s'assurer que les droits des résidents soient respectés.

Marc Bourdeau, président

PLAN D'ACTION DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSSK ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS DES CENTRES D'HÉBERGEMENT POUR 2013-2014

Objectifs :

Les objectifs du comité des usagers et des comités des résidents sont établis en vertu des fonctions précisées par la Loi soit :

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations :

- Visiter les ressources intermédiaires avec M^{me} Annie Chamberland, gestionnaire de risques;
- Maintenir à jour l'information sur le site Web du comité des usagers;
- Présence dans le journal du CSSSK;
- Présence de documents du comité des usagers dans la pochette d'accueil;
- Tenir une assemblée générale au mois de juin 2014;
- Développer un nouveau dépliant pour les comités des résidents ainsi qu'une affiche.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents :

- Offrir des conférences sur différents sujets touchant les usagers et/ou résidents;
- Implication dans divers comités tels : conseil d'administration du CSSS, comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité, conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers.
- Implication également dans le comité des proches aidants et le comité stratégique qualité-sécurité;
- Participer aux réunions des comités des résidents pour exercer notre vigilance face à la qualité des soins.

Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents :

- Faire un suivi sur le dossier des soins palliatifs et le maintien à domicile;
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un résident;
- Faire un suivi sur la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin;
- Faire un suivi sur la qualité des services et des soins en ressources intermédiaires.

Activités de représentation :

- Faire un minimum de huit réunions du comité des usagers du CSSSK et quatre réunions des comités des résidents dans l'année;
- Organiser des activités promotionnelles;
- Assister à la formation et participer aux sessions d'information de différents organismes tels que : Conseil de protection des malades, Regroupement provincial des comités des usagers, Regroupement des comités des usagers du Bas-Saint-Laurent et toute autre formation connexe avec le mandat du comité des usagers du CSSSK et des comités de résidents des CHSLD;
- Avoir un kiosque lors du salon de la sagesse au mois d'octobre au centre commercial de La Pocatière tout en soulignant la semaine des droits des usagers;
- Offrir une soirée conférence avec M^{me} Edith Fournir et M. Michel Carbonneau, deux témoignages en écho sur le parcours de proches aidants qui ont accompagné des proches atteints de la maladie d'Alzheimer, en collaboration avec le comité des proches aidants du Kamouraska.

D'autres activités pourront être organisées à la demande des usagers ou par décision du comité des usagers au besoin.

RAPPORT FINANCIER DU BUDGET 2012-2013
COMPTE AU CSSSK

Revenus :	
Subvention pour l'année 2012-2013	18 510.00
Excédent pour l'année 2011-2012	8 309.00
Budget pour l'année 2012-2013	26 820.00
Dépenses :	
Adhésion au RPCU	450.00
Frais de déplacements	2 292.00
Impression et objets promotionnels	743.00
Publicité	378.00
Honoraires	8 100.00
Frais d'inscriptions et formation	665.00
Divers	1 853.00
Papeterie et fourniture de bureau	1 748.00
Ordinateur portable	1 200.00
Volume	35.00
Total des dépenses pour l'année 2012-2013	17 464.00
Surplus pour l'année 2012-2013 :	1 046.00
Excédent pour l'année 2011-2012	8 309.00
Excédent pour l'année 2012-2013	1 046.00
Solde disponible au 2013-03-31	9 355.00

PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES POUR 2013-2014

Revenus :	
Subvention pour l'année 2013-2014	18 510.00
Excédent pour l'année 2012-2013 :	9 355.00
Budget pour l'année 2013-2014 :	27 865.00
Dépenses :	
Frais d'inscription RPCU	450.00
Dépenses diverses :	1 500.00
Frais de déplacements/réunions	3 100.00
Honoraires	9 000.00
Imprimerie Calendriers/promotion	2 000.00
Congrès RPCU (2 personnes)	2 500.00
Site Web	400.00
Publicité	1 500.00
Dépenses pour l'année 2013-2014	20 550.00

6.7. Rapport annuel et plan d'action du comité de prévention et de contrôle des infections

Président : Docteur Gaétan Lévesque

Membres du comité :

- Madame Doris Brassard, coordonnatrice d'activités
- Madame Annie Chamberland, conseillère cadre à la qualité et au développement
- Madame Margo Cyr, assistante-chef biologie médicale
- Madame Liliane Dubé, conseillère en prévention et contrôle des infections
- Madame Annie Houde, pharmacienne
- Madame Marie-Catherine Jeffrey, conseillère clinique CLSC-CHSLD
- Madame Brigitte Legault, directrice de programmes et des soins infirmiers
- Madame Nicole Morneau, chef des services alimentaires et d'hôtellerie
- Madame Suzanne Fortin, chef des services d'hébergement institutionnel (Centres d'hébergement D'Anjou et Villa Maria)
- Madame Francine Tourangeau, microbiologiste
- Monsieur Robert-Hugo Gendron, chirurgien
- Monsieur Gaétan Lévesque, médecin responsable

Mandat

Le comité a pour mandat général de déterminer les objectifs du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et de déterminer les priorités d'action.

Réunions

Le comité de prévention et contrôle des infections s'est réuni à trois reprises durant l'année 2012-2013.

En conformité avec le programme local de prévention et de contrôle des infections, les objectifs annuels 2012-2013 étaient :

a) Exercer une surveillance des infections nosocomiales :
   - Surveillance de l'incidence du : SARM-ERV, *Clostridium difficile*, influenza, gastroentérite, bactériémies, infection des sites chirurgicaux et autres problèmes infectieux;
   - Analyse des résultats de surveillance;
   - Tableau de bord « Surveillance des infections »;
   - Bilan de la surveillance des infections des sites chirurgicaux 2011-2012;
   - Diffusion des taux d'infections au personnel et aux instances concernées;
   - Effectuer la surveillance de processus permettant d'évaluer l'application ou le respect de certaines pratiques de prévention et contrôle des infections;
   - Taux de vaccination antigrippale chez les travailleurs;
   - Administration des antibiotiques préopératoires en temps opportun;
   - Assurer une vigie à l'égard des problématiques pouvant générer des risques infectieux et faire les recommandations appropriées :
     - taux d'humidité au bloc opératoire.

b) Établir des politiques, procédures et mesures de soutien en prévention et contrôle des infections :
   - Retrait des trois ordonnances collectives en lien avec l'influenza suite à la révision des recommandations de l'INSPQ;
   - Élaboration d'une procédure sur le transport des instruments médicaux stériles et contaminés;
   - Révision de la politique et procédure sur le « Contrôle de la qualité de l'environnement interne lors des travaux de construction »;
   - S'assurer que les lignes directrices et les mises à jour produites par l'INSPQ sont disponibles et appliquées :
     - mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
     - rideaux séparateurs et risque infectieux;
   - Offrir le soutien et l'expertise de la conseillère en prévention et contrôle des infections aux groupes de travail et comités : comité de gestion des risques, table régionale de prévention des infections, comité sur l'usage optimal des antibiotiques.

c) Évaluer annuellement le programme de prévention et contrôle des infections et dresser le bilan des réalisations;

d) Faire le bilan des réalisations présenté à la rencontre du comité de prévention du 16 avril 2013 et adoption du plan d'action 2013-2014;

e) Compléter la révision du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales;

g) Assurer une communication juste et pertinente sur les éléments du programme de prévention et contrôle des infections :
   - diffusion des politiques et des procédures en fonction de la clientèle visée et des différentes installations du CSSS de Kamouraska;
   - diffusion du tableau de bord « Surveillance des infections » à chaque période administrative.

Infections nosocomiales et indicateurs

SURVEILLANCE PROVINCIALE		
Infections	**Données brutes**	
	2012-2013	**2011-2012**
Diarrhée à Clostridium difficile (DACD)	9	7
Bactériémie à SARM	0	1
Entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV)	0	0
Bactériémie (BACTOT)	0	1
SURVEILLANCE RÉGIONALE		
Nombre de nouveaux cas de colonisation	**Données brutes**	
Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM)	5	7
SURVEILLANCE LOCALE EN CENTRES D'HÉBERGEMENT		
Infections		
Diarrhée à *Clostridium difficile* (DACD)	1	2
Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM)	3	5

Objectifs 2013-2014

- S'approprier le contenu de la norme Q mentum – Prévention des infections en préparation de la visite d'accréditation de 2014;
- Suivre l'état d'avancement des travaux du comité-aviseur des zones grises en hygiène et salubrité.

De plus, en lien avec les indicateurs de suivi du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales, le comité de prévention et contrôle des infections se donne les objectifs suivants :

- En support à la direction des ressources humaines, s'assurer de l'application d'un programme de formation à l'embauche et d'un programme de formation continue sur la prévention et le contrôle des infections;
- En support à la direction des ressources humaines, travailler à améliorer la couverture vaccinale antigrippale des employés;
- Conjointement avec la direction des ressources financières, techniques et informationnelles, élaborer une procédure d'achat des nouveaux équipements médicaux respectant les principes de PCIN et conformément à la circulaire ministérielle sur l'attribution des zones grises en hygiène et salubrité;
- Élaborer un plan de communication (interne et externe) concernant les infections nosocomiales conjointement avec l'agente d'information.

Par Liliane Dubé
Responsable du comité de prévention et contrôle des infections

1. Objectif : Structurer un programme de prévention et contrôle des infections au CSSSK					
Objectifs spécifiques	**Activités**	**Indicateurs**	**Échéancier**	**Responsables**	**Réalisations**
1.1 S'assurer de la présence d'un Comité de prévention des infections (CPI) fonctionnel dans l'établissement	• Prévoir minimalement 4 rencontres annuelles • Assurer la composition interdisciplinaire du comité afin qu'il soit efficace et fonctionnel	Liste des membres Nombre de rencontres/année	Continu	Direction Générale Direction des soins infirmiers DSPH	

• Le programme de PCI vise à protéger les patients contre l'acquisition d'infections ou de germes multirésistants durant un épisode de soins, de même que la protection du personnel, des visiteurs, des bénévoles et des aidants naturels quant à ce même risque.

2. Objectif : Exercer une surveillance des infections nosocomiales

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Échéancier	Responsables	Réalisations
2.1 Collecter les données permettant de suivre l'évolution des infections nosocomiales	• Effectuer une tournée quotidienne des unités de soins • Surveillance de l'incidence de : • SARM ; • ERV ; • Clostridium difficile ; • Influenza ; • Gastro-entérite ; • Autres problèmes infectieux; • Infections des sites chirurgicaux (ISC); • Bactériémies sur cathéter centraux (BACC); • Pneumonie sous ventilation assistée (PVA) • Diffusion des taux d'infection au comité de direction, au conseil d'administration et à l'ensemble du personnel • Analyse des résultats de surveillance.	Nombre de cas Rapports Taux Graphiques Rapports	Continu Chaque trimestre	Conseillère en prévention des infections Conseillère en prévention et contrôle des infections Laboratoire de microbiologie Conseillère en prévention et contrôle des infections Conseillère en prévention et contrôle des infections	
2.2 Participer aux programmes obligatoires de surveillance provinciale et régionale des infections nosocomiales	• Surveillance : - Diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD) - Bactériémie à Staphylococcus aureus - Bactériémies nosocomiales panhospitalières (BACTOT)	Taux d'incidence	Continu	Conseillère en PCI Laboratoire de microbiologie	

2. Objectif : Exercer une surveillance des infections nosocomiales					
Objectifs spécifiques	**Activités**	**Indicateurs**	**Échéancier**	**Responsables**	**Réalisations**
	- Surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) - SARM (colonisation surveillance régionale) - Bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE)	Nombre de cas			
2.4 Assurer une vigie à l'égard des problèmes infectieux émergents	• Surveillance et repérage des MRS dès leur entrée dans l'établissement (Triage, Accueil santé) • Mise à jour de l'algorithme MRS selon les problématiques en émergence	Questionnaire de dépistage Algorithme revisé Nombre de déclarations annuelles	Continu Au besoin	Conseillère en prévention des infections Infirmières de l'urgence et de l'accueil-santé	
2.6 Assurer une vigie à l'égard des problèmes infectieux pouvant générer des éclosions	• Surveillance quotidienne des agents pathogènes potentiellement à risque de générer des éclosions tels les virus de gastroentérite ou de l'influenza saisonnier. • Déclaration des éclosions à la Direction de la santé publique • Déclaration des MADO faite par le laboratoire	Nombre de cas Tableau de suivi quotidien des isolements	En continu	Conseillère en PCI Direction de la santé publique Laboratoire de microbiologie	
2.7 Effectuer la surveillance de processus permettant d'évaluer l'application	Poursuivre les activités de la campagne canadienne d'hygiène des mains au CH et en CHSLD	Nombre d'audits % d'observance	En continu	Conseillère en prévention et contrôle des infections	

2. Objectif : Exercer une surveillance des infections nosocomiales					
Objectifs spécifiques	**Activités**	**Indicateurs**	**Échéancier**	**Responsables**	**Réalisations**
ou le respect de certaines pratiques de prévention et contrôle des infections	Effectuer des audits sur le port de l'équipement de protection personnelle. Évaluation de la conformité à l'application des nouvelles politiques et procédures de prévention et contrôle des infections	Nombre d'audits – Variations du % obtenu aux audits Nombre d'audits % d'observance % de conformité	Automne 2012 et hiver 2013	Conseillère en prévention et contrôle des infections Gestionnaires	
2.8 Mettre en place un programme visant un usage optimal des antibiotiques	• Surveillance faite par les pharmaciennes et recommandations aux médecins • Formation d'un comité ad hoc du comité de pharmacologie	Interventions faites de façon régulière lors des vérifications de dossiers Nombre de rencontre du comité ad hoc Procès-verbaux du comité ad hoc	Continu Mars 2013	Pharmacienne Comité de pharmacologie	

3. Objectif : Établir des politiques, procédures et mesure de soutien en prévention et contrôle des infections

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Échéancier	Responsables	Réalisations
3.1 Poursuivre l'élaboration et la mise à jour des politiques et procédures pour limiter la transmission des agents infectieux à l'intérieur de l'établissement	• Collaborer à l'élaboration, à la révision des politiques et procédures du service d'hygiène et salubrité. • Collaborer, soutenir et offrir l'expertise nécessaire en matière de PCI pour l'ensemble des activités fonctionnelle, thérapeutique et de soins de l'établissement	Date de révision Intervenants formés Nombre de rencontres/année	En continu	Conseillère en PCI	
3.2 Offrir un soutien et une expertise en prévention et contrôle des infections nosocomiales aux groupes de travail et aux comités	Être membre : - Comité de gestion des risques - Table régionale de prévention des infections - Comité des soins critiques (présence ponctuelle selon les sujets) - Comité aviseur sur les zones grises en hygiène et salubrité - Comité sur l'usage optimal des antibiotiques	Nombre de rencontres/année Comptes-rendus des comités.	En continu	Équipe PCI	
3.3 S'assurer que les lignes directrices et les mises à jour produites par INSPQ soient	Soutenir le personnel dans l'application des lignes directrices : - Diarrhée à Clostridium difficile (trousse d'application);	Incidence des cas nosocomiaux / 1000 jours-	En continu En continu	Conseillère en prévention et contrôle des infections	

3. Objectif : Établir des politiques, procédures et mesure de soutien en prévention et contrôle des infections

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Échéancier	Responsables	Réalisations
disponibles et appliquées dans chaque installation :	- Gastroentérite; - Grippe • Ligne directrice gastro-entérite • Protocole « Grippe » lorsque durée • Mise à jour du cahier de PCI sur les unités et les installations • Diffuser les modifications	présence (tableau de bord) Présence des outils dans les installations Nombre d'éclosions site Mises à jour reçues Mémo au personnel	Au besoin Au besoin	Infirmière-chef Assistante infirmière-chef Coordonnatrices en hébergement Conseillère en PCI Assistante infirmière-chef Coordonnatrices en hébergement	
3.4 Soutenir les responsables de la réutilisation du matériel médical à un usage unique	Diffuser la documentation (avis des experts) suite à leur réception	Recommandation faite à la Direction générale Documents reçus	Continu selon l'avancement des publications du ministère	Comité de prévention et contrôle des infections	

4. Objectif : Dispenser de l'éducation et de la formation au personnel ainsi qu'à la clientèle

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Échéancier	Responsables	Réalisations
4.1 S'assurer que la conseillère en prévention et contrôle des infections reçoive une formation continue en cours d'emploi	• Formation continue 4-5 jours/an conformément au cadre de référence provincial et au programme local	Nombre de jours de formation reçue année Liste des activités d'autoformation	En continu	Direction des soins infirmiers Directeur des ressources humaines	

		réalisées/année			
4.2 S'assurer que le programme à l'embauche intègre un volet prévention et contrôle des infections sans égard au type d'emploi :	• Planifier et dispenser des séances de formation en PCI selon les besoins exprimés par les gestionnaires des différents secteurs et la direction des ressources humaines	Nombre de formations données/année Registre de formations	Continu	Conseillère en prévention des infections Gestionnaires Direction des ressources humaines	
4.3 Informer la clientèle au regard des pratiques de prévention des infections (patients, résidents, visiteurs)	• Dépliants • Affiches • Enseignement	Dépliants inclus dans chaque dossier d'admission Affiches	En continu	Équipe PCI Infirmières des unités	

5. Objectif : Évaluer le programme de prévention et contrôle des infections					
Objectifs spécifiques	**Activités**	**Indicateurs**	**Échéancier**	**Responsables**	**Réalisations**
5.1 Évaluer annuellement l'atteinte des objectifs du plan d'action	Élaborer le bilan des réalisations et des activités de prévention des infections	Déposer le rapport du CPI au DG	Avril 2013	Comité prévention des infections	
5.2 Réviser le programme de prévention et contrôle des infections 2008-2011	Déterminer annuellement les activités prioritaires à mettre en place. Soumettre annuellement le plan d'action et l'atteinte des réalisations au comité de prévention et contrôle des infections. Soumettre le programme de prévention et contrôle des infections 2012-2015	Déposer le plan d'action au CPI, et au CA	Septembre 2012	Équipe PCI Direction des soins infirmiers CPI	

6. Objectif : Détecter les problématiques infectieuses ponctuelles afin de gérer les éclosions.					
Objectifs spécifiques	**Activités**	**Indicateurs**	**Échéancier**	**Responsables**	**Réalisations**
6.1 Connaître le processus d'investigation et de contrôle d'une éclosion	• Surveillance quotidienne des problèmes infectieux • Suivre les étapes pour l'investigation et la prise en charge de la problématique. • Mettre en application les lignes directrices applicables à l'éclosion. • Aviser les personnes-clés qui doivent l'être dans l'organisation.	Nombre et durée des éclosions selon le type d'agent pathogène Nombre de rapports	Continu	Conseillère en prévention et contrôle des infections Toutes les directions	

7. Assurer une communication juste et pertinente sur les éléments du programme de prévention et contrôle des infections					
Objectifs spécifiques	**Activités**	**Indicateurs**	**Échéancier**	**Responsables**	**Réalisations**
7.1 Assurer l'information au regard des activités de la prévention et contrôle des infections nosocomiales auprès de tous les membres du personnel	• Diffusion des politiques et des procédures en fonction de la clientèle visée et des installations du CSSS; • Diffusion du tableau de bord • Collaboration des agents multiplicateurs pour faciliter la circulation de l'information (gestionnaire, AIC, ASI, coordonnatrices)	Politiques et procédures disponibles dans toutes les installations Tableau de bord	Continu	Conseillère en PCI	
7.2 Diffuser les données de surveillance des infections nosocomiales aux instances administratives	• Publication du tableau de bord « Surveillance des infections » à chaque période aux instances concernées • Publication du tableau de bord « Surveillance des infections » dans le journal interne du CSSK	Tableau de bord Journal interne du CSSS de Kamouraska	Continu	Conseillère en PCI Direction	

Référence :

MSSS Cadre de références à l'intention des établissements de santé du Québec 2006.

Tableau – cadre de référence

Contenu et durée minimale de formation proposés par les divers types d'emploi

Type d'emploi	Contenu	Durée de la formation
Personnel de bureau (qui n'a pas de contact direct avec la clientèle)	Pratiques de base (hygiène des mains)	30 minutes
Personnel de soutien Hygiène et salubrité	Pratiques de base Précautions additionnelles Hygiène de l'environnement	2 heures
Service alimentaire	Pratiques de base Santé des employés	1 heure
Service technique	Pratiques de base Précautions additionnelles Travaux de construction	1 heure
Technologue de laboratoire et des services diagnostiques	Pratiques de base Précautions additionnelles Santé des employés	1 heure
Ergothérapeutes Inhalothérapeutes Physiothérapeutes Etc.	Pratiques de base Précautions additionnelles Nettoyage et entretien des équipements	2 heures
Personnel soignant auxiliaire Préposés aux bénéficiaires	Pratiques de base Précautions additionnelles Nettoyage et entretien des équipements	2 heures
Personnel soignant Infirmières et infirmières auxiliaires	Pratiques de base Précautions additionnelles Techniques aseptiques Enseignement au patient et à la famille	3 heures
Médecins et résidents	Pratiques de base Précautions additionnelles Protocoles locaux de PCI	1 à 3 heures
Bénévoles	Pratiques de base Précautions additionnelles et étiquette respiratoire	1 heure

6.8. Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Introduction

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du Centre de santé et services sociaux de Kamouraska, en vertu de l'article 214, 11e alinéa, de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, est heureux de vous présenter le rapport annuel pour l'année 2012-2013.

Ce rapport se veut un résumé des activités du comité d'examens des titres et du comité exécutif du CMDP, ainsi que l'énoncé des objectifs déposés en début d'année financière et des résultats obtenus.

Obligations légales

Au cours de la dernière année, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a rempli ses obligations à travers les activités de ses différents comités et des rencontres de l'ensemble des membres.

Activités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMDP élargi

Au cours de l'année, le CMDP élargi, qui regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens, s'est réuni à trois reprises. Lors de ces réunions, les chefs de département et responsables de services ont soumis aux membres des rapports trimestriels informant des activités reliées à leur secteur respectif.

Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres a siégé à neuf reprises au cours de la dernière année. Il a accepté les demandes de nomination de treize nouveaux médecins.

- Dr René C. Desaulniers, chirurgien, membre associé
- Dr David Thomassin, médecin de famille, membre associé
- Dre Marie-Hélène Germain, médecin de famille (obstétrique), membre associé
- Dre Line Simard, radiologiste, membre associé
- Dr Nader Hanna, anesthésiste, membre associé
- Dre Claudine Rancourt, médecin de famille, membre actif
- Dr Jean-Phillipe Bélanger, orthopédiste, membre associé
- Dr Amari Karmi Mourabit, biologie médicale, membre conseil
- Dre Isabelle Guité, médecin interniste, membre actif, début de pratique en juillet 2013

Deux médecins ont quitté la région au cours de l'année :

- Dre Véronique Clapperton
- Dr David Thomassin

Encore cette année, la pénurie de pharmaciens a retenu l'attention, cette situation a engendré des coûts importants afin d'assurer un service minimum.

Comité exécutif

Le comité exécutif chapeaute tous les comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Au cours de la dernière année, le comité exécutif s'est réuni à neuf reprises. Il a pris connaissance de différents dossiers, analysé les problèmes et proposé des actions à chaque fois qu'il était indiqué de le faire.

En plus de ses obligations légales, le comité exécutif s'est préoccupé de plusieurs dossiers qui ont un impact sur la qualité de l'acte médical.

Entre autres :

- Projet LEAN - pharmacie
- Suivi dans le retard des rapports de pathologie
- DCN
- BCM
- Optimisation des équipements au bloc (2e tour d'endoscopie)
- Recrutement en médecine interne
- Adoption de plusieurs ordonnances, protocoles et procédures

Le comité exécutif a eu à émettre plusieurs avis favorables dans le cadre du processus de mise en place des différents programmes et projets au CSSSK qui eux aussi ont un impact sur la qualité des soins dispensé dans notre établissement.

Entre autres :

- PRISMA - 7 au CSSS de Kamouraska
- Programme de stimulation à la marche
- Programme de réadaptation cardiaque en collaboration avec l'Arc-en-ciel du cœur
- Projet d'hébergement temporaire en réadaptation

Il n'y a eu aucun changement au niveau de l'organisation médicale au cours de la dernière année.

Suivi des objectifs annuels 2012-2013

1. **Consolider les soins de 1re ligne**
   Malgré le départ de certains médecins, le développement du GMF de Kamouraska a permis de consolider les soins de premières lignes. Le GMF a enregistré plus de 2 500 visites sans rendez-vous. De plus le guichet d'accès a permis à plus de 1 200 personnes de se trouver un médecin de famille. Toutes les priorités 3 et moins ont été attribuées.

2. **Élaborer un outil de référence à la clinique d'anticoagulothérapie**
   Fait. Le formulaire sera en circulation début juin.

3. **Relever le comité de traumatologie**
   Le comité de traumatologie a recommencé à siéger. Sous la direction du Dre Catherine Gélinas, les membres travaillent à la mise à jour des procédures.

4. **Participer activement aux projets d'optimisation du CSSS de Kamouraska**
   Les membres du CMDP ont contribué au projet d'optimisation notamment au déménagement du CLSC La Pocatière et à la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin. Les membres s'efforcent de faire une utilisation optimale des ressources disponibles.

Objectifs 2013-2014

1. Contribuer à l'amélioration de la chirurgie d'un jour pour augmenter le nombre de chirurgies électives;
2. Consolider l'équipe de pharmaciens;
3. Standardiser la prise en charge du délirium chez les patients hospitalisés, dans le cadre du programme d'approche adaptée aux personnes âgées;
4. Participer activement au processus d'agrément;
5. Mettre à jour les procédures en traumatologie;
6. Faire une étude prospective sur le suivi des infections urinaires chez les patients hospitalisés.

Christian Roux, M.D.
Président du CMDP

6.9. Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Mot de la présidente

C'est avec plaisir qu'en tant que membre de l'exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) nous présentons le rapport annuel 2012-2013. C'est l'occasion de partager les actions posées en cours d'année, les réalisations ainsi que les objectifs ciblés. Tout au long de l'année, nous avons tenté de réaliser notre mandat premier, soit celui d'apprécier de façon générale la qualité des soins infirmiers posés dans l'établissement et de formuler des recommandations auprès de la direction générale et du conseil d'administration.

Le présent rapport vous résume l'ensemble des activités réalisées par le CII pour l'année 2012-2013.

Du 6 juin 2012 au 6 mai 2013, l'exécutif du CII 2012-2013, était composé de huit personnes dont six membres élus. Il s'agit de :

- Madame Liliane Dubé, Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, présidente
- Madame Marie-Catherine Jeffrey, CLSC, vice-présidente
- Madame Josée Amesse, CLSC, secrétaire
- Madame Francine Dubé, Centre d'hébergement
- Madame Cindy Beaulieu, Hôpital Notre-Dame-de-Fatima
- Madame Geneviève Rossignol, Hôpital Notre-Dame-de-Fatima

et deux membres d'office dont :

- Madame Brigitte Legault, directrice de programmes et des soins infirmiers
- Monsieur Jeannot Michaud, directeur général

Le mandat des membres élus est de deux ans et la rotation se fait à raison de trois membres annuellement.

L'exécutif du CII n'a pu tenir d'élections lors de l'assemblée générale du 9 mai 2012, n'ayant pas atteint le quorum nécessaire. Il a été résolu de maintenir en fonction l'exécutif en place jusqu'à l'assemblée générale annuelle de 2013.

Activités

- ***Rencontres du comité exécutif du CII : neuf rencontres du comité exécutif du CII ont eu lieu incluant l'assemblée générale;***
- ***Journal Info CII : trois publications.***

MANDAT

Le mandat du CII, via le CECII, est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur les domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers :

- L'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans nos centres;
- Les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières et aux infirmières auxiliaires;
- La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.

Le CECII formule également des avis au directeur général sur :

- L'organisation scientifique et technique des centres;
- L'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.

Le CECII peut également être sollicité pour formuler des avis ou des recommandations sur tout autre dossier confié par le directeur général et par le conseil d'administration.

C'est donc avec ces objectifs en tête que le CECII a orienté ses discussions au cours de la présente année.

PLAN D'ACTION 2012-2013 — BILAN

MANDAT I : APPRÉCIER DE MANIÈRE GÉNÉRALE LA QUALITÉ DES ACTES INFIRMIERS POSÉS DANS LE CSSS DE KAMOURASKA

Objectif 1 — Évaluer la pratique de l'infirmière auxiliaire en obstétrique

Le projet a été confié à la conseillère en soins infirmiers par intérim. Le contenu de la formation des infirmières auxiliaires a pu être consulté. Cet objectif est à poursuivre lorsque le CECIIA sera relancé.

Objectif 2 — Mieux comprendre le programme « Amis des bébés » afin de bien supporter la démarche

Actions :

- Une rencontre d'échange a eu lieu avec la consultante locale en allaitement maternel.
- Une recommandation a été déposée à la direction générale afin que soit maintenu des heures dédiées au support des équipes de périnatalité et obstétrique en vue du maintien de l'accréditation « Amis des bébés ».

MANDAT II : FAIRE DES RECOMMANDATIONS SUR LES RÈGLES DE SOINS

Trois règles de soins infirmiers ont été recommandées à la direction de programmes et des soins infirmiers.

MANDAT V : ÉVALUATION ET MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Objectif 1 — Évaluer le niveau d'intégration de la loi 90 chez les infirmières

Actions :

- Un document de travail sur le partage des activités entre les membres de l'équipe soignante a été étudié;
- Il a été convenu que ce document devra être révisé par un comité;
- Cet objectif est à poursuivre, lorsque le CECIIA sera relancé.

Objectif 2 — Promouvoir des moyens facilitant pour favoriser l'atteinte de la norme professionnelle de formation continue de l'OIIQ de 20 heures par an

Actions :

- Plusieurs formations non accréditées ont été publicisées au cours de l'année via l'info CECII et des capsules d'information spéciales.

Objectif 3 — Poursuivre le suivi des recommandations en lien avec la visite de l'OIIQ (Plan d'amélioration de la qualité de l'exercice infirmier)

Actions :

- Deux séries d'audits ont été réalisées par le CECII;
- Rédaction d'un rapport par la direction des soins infirmiers et envoi de celui-ci à l'OIIQ en avril.

AUTRES ACTIVITÉS 2012-2013

Voici les divers dossiers traités et suivis pendant nos rencontres :

- Adaptation des services aux personnes en perte d'autonomie;
- Diffusion de plusieurs publicités pour relancer le CIIA;
- Consultation sur de nouvelles politiques et procédures, entre autres :
    - Politique de gestion des stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées;
    - PRISMA 7;
    - Programme de stimulation à la mobilité et à la marche;
    - Trousse de médicaments d'urgence en soins palliatifs;
    - Procédure d'implantation du SARDM;
    - Implantation de l'approche adaptée à la personne âgée au centre hospitalier.

    De plus, le CECII a formulé, à la direction générale ou aux directions concernées, des recommandations portant sur ces documents.

- Information aux membres sur la nouvelle norme professionnelle de formation continue;
- Participation au colloque régional des CII-CIIR à Mont-Joli (quatre membres);
- Participation au congrès de l'OIIQ à Montréal (deux membres);
- Participation au forum de discussion de l'Association des CII du Québec.

Objectifs 2013-2015

- Supporter le nouvel exécutif du CIIA dans l'exercice de leur mandat;
- Promouvoir le CECII auprès de nos membres;
- Soutenir le développement et le maintien des compétences des infirmières du CSSS de Kamouraska;
- Contribuer à l'intégration de loi 90 chez les infirmières;
- S'informer des suivis dans le cadre de la gestion des risques (déclaration incident/accident).

Liliane Dubé
Présidente du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers du CSSS de Kamouraska

6.10. Rapport annuel du conseil multidisciplinaire

Au 31 mars 2013, le conseil multidisciplinaire du CSSS de Kamouraska comptait 123 membres actifs. Le comité exécutif était formé de sept représentants du personnel technicien et professionnel soit :

- Madame Lise Verreault, présidente, représentante du secteur psychosocial
- Madame Lucie Bélanger, secrétaire, secteur de la réadaptation
- Madame Kathy Jolicoeur, secteur de la thérapie occupationnelle
- Madame Nancy Chénard, secteur des techniques médicales
- Madame Cindy Bossé, secteur de la nutrition
- Monsieur Yves Hébert, secteur non réparti
- Monsieur Jean-Guy Fernandes, vice-président, secteur communautaire

ainsi que des directeurs généraux, monsieur Gilles Tremblay (par intérim, du 1er avril au 13 mai 2012) et monsieur Jeannot Michaud (du 14 mai 2012 au 31 mars 2013) et du directeur de programmes, de la qualité et du développement, monsieur Frédéric Gagnon.

Tous les secteurs étaient représentés cette année.

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration :

Article #227

1. De constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;
2. De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par les membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;
3. D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le conseil multidisciplinaire doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

Article #228

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique du centre;
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- Toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Article #229

Le conseil multidisciplinaire peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

Article #230

Les responsabilités du conseil multidisciplinaire sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur général et de la personne qu'il désigne à cette fin.

Au cours de son mandat 2012-2013, l'exécutif du conseil multidisciplinaire, élu le 7 juin 2012, s'est réuni à neuf reprises pour des réunions régulières. Madame Verreault, présidente, a assisté à une rencontre avec la direction générale et

l'équipe des maladies chroniques, ainsi qu'à deux rencontres du comité stratégique qualité-sécurité. Madame Bélanger a assisté à une rencontre du comité PDRH.

Lors de ces rencontres, l'exécutif a :

- Assuré le suivi concernant des problèmes de climatisation dans les locaux de réadaptation et d'odeurs dans les locaux des nutritionnistes au 1er étage de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Assuré le suivi d'une situation à risque au niveau des médicaments et de l'entretien de l'équipement dans le secteur de l'inhalothérapie;
- Suivi le projet d'adaptation de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie;
- Suivi le projet d'organisation des services en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (Modèle émergent);
- Assuré le suivi du projet LEAN des soins infirmiers et agentes administratives en CLSC et du plan d'action réalisé en collaboration avec la firme PerformPro;
- Suivi la transformation de l'organisation de l'hébergement temporaire dans la communauté et du service transitoire de récupération fonctionnelle;
- Assuré un suivi sur les problèmes de communication et les insatisfactions vécus au 3e étage à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
- Assuré le suivi et une réponse à la lettre des intervenants au programme des maladies chroniques du CSSSK;
- Exprimé son intérêt à participer à une rencontre concernant l'entente de gestion 2013-2014;
- Assuré un suivi sur les insatisfactions en lien avec le déménagement du CLSC La Pocatière;
- Nommé un représentant de l'exécutif au comité PDRH;
- Fait le suivi relatif à la parution du guide d'application de la loi 21 par l'office des professions;
- Suivi le processus d'agrément;
- Évalué et poursuivi le concours reconnaissance auprès de ses membres dans les catégories innovation, contribution à la qualité des services et engagement, implication et rayonnement.

De plus, au cours de ce mandat, nous avons préparé un avis pour un projet de politique, huit avis pour des projets de procédures, un avis pour le projet d'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), un avis pour le projet d'hébergement temporaire pour du répit et de la convalescence en RPA, un avis sur le programme de soins palliatifs et un avis sur le programme de stimulation à la marche de l'approche adaptée.

La prochaine assemblée générale se tiendra le 12 juin 2013 et quatre postes de l'exécutif seront en élection : secteur psychosocial, secteur de la thérapie occupationnelle, secteur non réparti et secteur communautaire.

Les perspectives de travail pour l'année 2013-2014 proposées aux membres sont:

PERSPECTIVES	ÉCHÉANCIER
Suivre le projet d'adaptation de l'offre de services aux personnes en perte d'autonomie (SAD, hébergement en centres d'hébergement, en RI et au privé, hébergement temporaire, SERG, centre de jour, centre de jour spécialisé, UTRF).	En continu
Participer à une consultation sur l'amélioration de la communication dans le CSSSK.	Juin 2013
Amorcer des rencontres avec les secteurs (7) du conseil multidisciplinaire pour prendre connaissance de leur réalité au travail.	Juin 2014
Prendre connaissance de l'entente de gestion 2013-2014.	Septembre 2013

Collaborer avec les ressources humaines à l'élaboration d'une activité de reconnaissance pour l'ensemble du personnel de l'établissement.	Novembre 2013
Faire approuver par le conseil d'administration notre cadre de fonctionnement pour les comités de pairs.	Mars 2014
Favoriser une approche clinique dans un contexte de décision administrative.	En continu
Suivre l'évolution de la mise en place du modèle émergent en DI-TED.	En continu
Suivre l'évolution du dossier du programme des maladies chroniques.	En continu
Promouvoir la qualité de notre offre de services dans les processus d'optimisation.	En continu
Faciliter les modes de communication entre l'exécutif et les membres.	En continu
Être à l'écoute et supporter nos membres dans les besoins exprimés à l'intérieur de l'exercice de leur fonction, cela tant dans la distribution que l'organisation de leur service.	En continu
Évaluer et commenter le plan d'organisation de la direction.	En continu
Suivre l'organisation des trajectoires de demandes de service à l'accueil clinique.	En continu
Suivre l'impact du retrait du travail social à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima.	En continu
Suivre l'implantation du programme de soins palliatifs.	En continu

Lise Verreault, travailleuse sociale
Présidente du conseil multidisciplinaire

Déposé au conseil d'administration le 11 juin 2013
Adopté en assemblée générale le 12 juin 2013

6.11. Rapport annuel du comité de gouvernance et d'éthique

Mandat

Le comité de gouvernance et d'éthique du Centre de santé et des services sociaux de Kamouraska a été élaboré pour tenir compte de l'entrée en vigueur du projet de loi n° 127, *Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux* (L.Q. 2011, c. 15), laquelle modifie, entre autres, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), et telle qu'elle se lit depuis le 1er février 2012. Ainsi, depuis cette date, tout établissement doit instituer un comité de gouvernance et d'éthique.

Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions :

a) D'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
b) D'élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration. Ce code doit, entre autres, prévoir les normes suivantes :
    i. traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
    ii. traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
    iii. prescrire la déclaration obligatoire des intérêts;
    iv. traiter de leurs devoirs et obligations même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
    v. prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes responsables de l'application du code et la possibilité de sanctions.
c) D'élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
d) D'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
e) D'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
f) D'évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le Comité et approuvés par le conseil d'administration;
g) D'assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

* Réf. *: Loi : art. 181.0.3.*

La durée du mandat des membres du comité de gouvernance et d'éthique est de quatre ans.

Les membres de ce comité demeurent toutefois en fonction, malgré l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient remplacés ou désignés de nouveau.

Avant l'expiration de leur mandat, les membres du Comité doivent prendre les dispositions nécessaires pour finaliser, dans les meilleurs délais, tout dossier dont ils ont été saisis.

Responsabilités

De façon générale, les responsabilités du Comité consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans l'établissement et par le conseil d'administration.

Composition

Il est constitué par le conseil d'administration de l'Établissement, en application de l'article 181 de la Loi.

Le Comité est composé de cinq membres dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant. Un administrateur qui n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu

égard aux intérêts de l'Établissement, n'est pas indépendante toute personne qui se trouve dans l'une des situations énoncées au deuxième alinéa de l'article 131 de la Loi.
** Réf. : Loi, a. 181*

Pour l'année 2012-2013, le comité était composé des personnes suivantes :

- M[me] Diane Bisonnette, présidente
- M[me] Marie-Catherine Jeffrey
- M. Paul Crête
- M. Jean Desjardins
- M. Jeannot Michaud, secrétaire

Réunion
Le Comité tient des réunions ordinaires aussi souvent que nécessaire, à la demande du président. Il doit cependant se réunir au moins quatre fois par année.

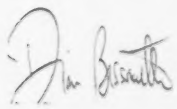
Le Comité peut également tenir une réunion spéciale, à la demande du président ou sur demande écrite et signée par au moins deux membres du Comité.

Au cours de l'année 2012-2013, les membres se sont réunis cinq fois afin de :

- Présenter les objectifs du comité en lien avec le cahier de gouvernance adopté le 18 octobre 2011;
- Définir les enjeux en lien avec la gouvernance;
- Adopter les règlements généraux du comité de gouvernance et d'éthique;
- Présenter aux membres le mandat du comité de gouvernance et d'éthique;
- Revoir le questionnaire d'évaluation des rencontres du conseil d'administration;
- Discuter sur les outils de support technique possibles pour devenir un conseil d'administration sans papier;
- Revoir le déroulement de la période de questions du public;
- Revoir le processus du huis clos;
- Commenter et bonifier le tableau de bord de la direction générale en adoptant le modèle suggéré par l'AQESSS;
- Analyser et vérifier auprès de l'AQESSS sa position en lien avec la lettre déposée du comité des usagers sur les responsabilités des administrateurs.

Plan d'action pour 2013-2014
Les éléments du plan d'action seront revus et discutés à la rencontre de septembre 2013.

La présidente,



Diane Bissonnette

6.12. Rapport annuel du comité des actifs informationnels

Raison d'être du comité de sécurité des actifs informationnels (CSAI)

En vertu de l'article 2.3 b de la section II du cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du Réseau de la santé et des services sociaux – Volet sur la sécurité, le responsable de la sécurité des actifs informationnels doit mettre en place et présider un comité sur la sécurité des actifs informationnels. Le CSAI s'assure de la révision de la politique sur la sécurité des actifs informationnels, valide les mesures de sécurité des actifs informationnels, analyse les incidents de sécurité à l'échelle locale et procède à des recommandations, s'assure de la mise en place de toutes recommandations découlant d'une vérification ou d'un audit et finalement sensibilise et fait la promotion de la sécurité des actifs informationnels à l'intérieur de l'établissement, adopte le rapport annuel en matière de sécurité des actifs informationnels ainsi qu'un plan d'action annuel.

Membres du CSAI

Les membres du CSAI sont nommés par le comité de direction et doit être formé minimalement par le responsable de sécurité des actifs informationnels (RSAI), les gestionnaires, de détenteurs, de représentants des ressources humaines, financières et matérielles. Pour l'année 2012-2013, les membres qui en font partie sont, selon la photographie ci-dessous, à partir de la rangée en arrière et de gauche à droite :

- Monsieur Simon Côté, chef des services diagnostiques et Accueil- Réception-Admission
- Monsieur Stéphane Gamache, technicien spécialisé en informatique
- Monsieur Luc Adam, CPA, CA, responsable de la sécurité des actifs informationnels
- Monsieur Normand Hubert, analyste informatique
- Madame Julye Letarte, chef des services pour les programmes Enfance-Jeunesse-Famille et santé publique
- Madame Karine Pelletier, chef des services santé physique
- Madame Annie Chamberland, conseillère cadre à la qualité et au développement
- Madame Chantal Garneau, adjointe à la direction des ressources financières, techniques et informationnelles

Absentes sur la photo :

- Madame Isabelle Lafrenière, spécialiste activités cliniques
- Madame Nancy Plourde, archiviste médicale chef d'équipe
- Madame Suzanne Fortin, chef des services d'hébergement institutionnel

Réalisation en cours d'année

Le CSAI a tenu deux rencontres au cours de l'année 2012-2013; soit le 16 janvier 2013 et le 14 mars 2013. Les principales réalisations sont :

- Constat que les 15 mesures de sécurité obligatoires à mettre en place doivent être révisées par le CSAI;
- Présentation d'une application de gestion des accès « Octopus » et projection d'une démonstration des fonctionnalités possibles (ajout d'un nouvel utilisateur, changement des profils d'accès, retrait d'un utilisateur, etc.);
- Analyse de deux mesures de sécurité :
  - 1.2 Gestion de la sécurité – Classification des actifs informationnels
  - 2.1 Sécurité logique, gestion des accès et utilisation – Profils et codes d'accès
- Élaboration d'un plan d'action en matière de sécurité des actifs informationnels;
  - Poursuivre la révision des 15 mesures de sécurité obligatoires
  - Promouvoir la sécurité des actifs informationnels
  - Actualiser les recommandations de l'audit sur la sécurité faite par l'Agence en novembre 2012
  - Réviser la politique de sécurité des actifs informationnels
  - Faire l'analyse et des recommandations suite à des incidents de sécurité sur les actifs informationnels
- Préparation d'une recommandation sur la gestion des accès qui sera présentée au comité de direction au début de l'année 2013-2014.

Plan d'action du CSAI pour l'année 2013-2014

Objectif	Actions	Responsable	Échéancier
1. Poursuite de la révision des 15 mesures de sécurité obligatoires	• Mise à jour des 15 mesures de sécurité obligatoires en vertu du cadre global de la sécurité des actifs informationnels : 1. Programme de sensibilisation et de formation 2. Profils et codes d'accès 3. Gestion des mots de passe 4. Journalisation et suivi des incidents 5. Contrôle des accès aux salles informatiques et équipements de télécommunication 6. Gestion du matériel informatique 7. Gestion de l'exploitation 8. Gestion de l'antivirus informatique 9. Sécurité de l'impression 10. Sécurité des télécommunications 11. Gestion des documents numériques 12. Gestion des logiciels et des droits d'auteurs 13. Gestion et utilisation des ordinateurs portables 14. Relève et continuité informatique 15. Politique de sécurité (réviser aux 5 ans)	Normand Hubert et équipe informatique	Mars 2014
	• Présenter chacune des mesures au comité de direction pour approbation	Luc Adam	Au fur et à mesure

2. Promouvoir la sécurité des actifs informationnels	• Actions concrètes lors de la semaine sur la sécurité des actifs informationnels; • Informer les utilisateurs des mesures de sécurité; • Informer les utilisateurs de la politique de sécurité; • Assurer le lien avec le service de dotation afin d'informer tous les nouveaux employés de la sécurité des actifs informationnels.	Normand Hubert et agente des communications	Premier point : Novembre 2013 Mars 2014
3. Actualiser les recommandations de l'audit sur la sécurité faite par l'Agence	• Analyser les impacts sur notre fonctionnement des recommandations de l'audit en ressources humaines et financières; • Établir un plan d'action de la mise en place des recommandations de l'audit ; • Mise en place des recommandations de l'audit; • Faire un compte rendu de l'actualisation des recommandations de l'audit.	Normand Hubert et équipe informatique	À déterminer suite au dépôt de l'audit
4. Révision de la politique de sécurité des actifs informationnels	• Faire la mise à jour de la politique; • Présentation de la politique à toutes les instances concernées; • Approbation finale par le CA.	Luc Adam	Décembre 2013
5. Faire l'analyse des recommandations suite à des incidents de sécurité sur les actifs informationnels	• Pour chacun des incidents de sécurité en faire l'analyse au comité et faire des recommandations; • Faire un rapport annuel des incidents et les inclure dans le bilan annuel du comité sur la sécurité des actifs informationnels.	Luc Adam	En continu

Conclusion
Vers la fin de l'année 2012-2013, le CSAI a repris ses activités de façon très intense car au cours de la prochaine année, les défis s'avèrent importants comme le dénote l'ambitieux plan d'action 2013-2014.

Le responsable de la sécurité des actifs informationnels,

Directeur des ressources financières, techniques
et informationnelles

7. PRÉSENTATION DES RAPPORTS ANNUELS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS PRÉSENTANT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE (AU NIVEAU DES SERVICES OFFERTS, ACQUISTIONS IMMOBILISATION, ETC.)

7.1. Direction de programmes et des soins infirmiers

L'année 2012-2013, une année de changements et de mouvances pour la direction des soins infirmiers et du programme santé physique. Nous sommes très fiers de la qualité et de la sécurité des soins que nous offrons à notre clientèle du Kamouraska, et ce, grâce aux personnes qui s'investissent à tous les jours à offrir à notre clientèle des soins et services imprégnés d'une volonté constante d'intégrer les meilleures pratiques. Ce rapport annuel, se veut une toute petite fenêtre pour vous faire état des accomplissements achevés tout au long de l'année. Toutefois, il s'agit bien de quelques réalisations puisque tous les jours, une multitude de projets se font sans que seul celui ou celle qui les conçoive en soit conscient. Sur ce, bonne lecture et merci infiniment à toute mon équipe.

Réalisations 2012-2013 :

L'approche adaptée à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima

Pour la personne âgée qui reçoit des soins à l'hôpital, nous débutons une démarche pour intégrer l'approche adaptée à l'urgence et à l'unité de soins de courte durée. Dans la dernière année, nous avons mis en place un outil de repérage, le PRISMA-7 qui nous permet de mieux cibler la clientèle qui pourrait voir des besoins spécifiques à une perte d'autonomie et d'en assurer une fluidité dans notre offre de service. Nous souhaitons mettre en place des mesures pour éviter la réhospitalisation et ainsi éviter le déconditionnement chez la personne âgée. À ce titre, un programme de marche a été élaboré et sera déployé dans les prochains mois.

Soins palliatifs-Oncologie

Parmi les nombreux travaux en cours, la mise en place d'un continuum de services accessibles, continus et efficients s'avérait une des étapes indispensables pour assurer à notre clientèle un accompagnement optimal tout au long de leur maladie. Pour atteindre cet objectif, il a fallu tout d'abord que nous définissions notre vision, nos valeurs et nos objectifs directement liés à la dispensation des soins palliatifs sur notre territoire. Conséquemment, suite aux efforts de plusieurs partenaires internes et externes sur une période de plusieurs mois, le cadre de référence en soins palliatifs a finalement vu le jour. Ce cadre de référence a servi de levier pour l'atteinte des objectifs plus spécifiques et opérationnels tels que la consolidation de l'équipe interdisciplinaire, l'opérationnalisation des rencontres interdisciplinaires et l'élaboration des trajectoires de services. De plus, une garde médicale fût mise en place ainsi que plusieurs ordonnances collectives et protocoles de soins pour permettre de mieux accompagner la personne, la famille et les proches aidants.

Accueil-Réception-Admission

La révision des processus de travail à l'Accueil-Réception-Admission de l'hôpital a été débutée à l'automne 2012. Parmi les objectifs souhaités par cette démarche sont l'amélioration de nos processus de travail ainsi que de mettre en place des moyens concrets pour rehausser la qualité de vie au travail. Ce projet se fait de concert avec les personnes directement touchées par les changements que peut amener la révision de processus. De plus, elles contribuent et s'investissent à la mise en place des solutions.

Les soins infirmiers

Afin de permettre au nouveau personnel infirmier de mieux s'intégrer au milieu tout en évoluant vers une pratique infirmière qui vise l'excellence, un programme de préceptorat a été élaboré. Le but du préceptorat vise essentiellement à créer des conditions de succès pour l'infirmière apprenante dans le développement des compétences spécialisées des sciences infirmières dans un secteur d'activités professionnel infirmier. De plus, la révision complète du processus d'accueil et d'orientation a été faite dans plusieurs secteurs notamment au soutien à domicile.

Il est aussi important de mentionner que plusieurs règles de soins, protocoles infirmiers, ordonnances collectives, plans de soins standardisés et documents cliniques ont été élaborés pour soutenir la pratique infirmière, et ce, dans tous les secteurs d'activités au sein de l'organisation notamment pour les plaies de pression, pour l'évaluation de la douleur, le risque de chute, la septicémie, l'administration des vaccins, etc.

L'unité de soins et les soins critiques

Dans le but de rendre plus efficaces nos interventions auprès de la clientèle adulte et pédiatrique, les chariots de code pour la réanimation ont tous été révisés et répartis par module. Ce modèle nous assure une plus grande sécurité auprès de nos usagers.

L'obstétrique

Encore cette année, l'équipe en place poursuit ses efforts dans l'implantation de l'approche interdisciplinaire en prévention des risques obstétricaux AMPRO. Grâce à cette approche, l'équipe s'assure d'offrir à notre clientèle des soins d'une qualité supérieure, et ce, en tout temps.

Voici quelques-unes des perspectives pour l'année 2013-2014 :

- Implantation d'une démarche structurée d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité;
- Implantation d'un suivi systématique pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques;
- Implantation du programme de soins palliatifs;
- Révision de processus en lien avec la gestion des lits;
- Implantation du programme de dépistage du cancer colorectal;
- Mise en place des conditions gagnantes pour assurer la recertification «Ami des bébés».

Plan d'action Programme santé physique
2013-2014

OBJECTIFS	Actions/moyens	Indicateurs	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIERS	ÉVALUATION
Unité multiclientèle et soins critiques					
Augmenter la performance de l'unité multiclientèle et des soins critiques en qualité et en sécurité tout en respectant le cadre budgétaire	Intégrer au même chef les secteurs de l'unité multiclientèle avec les soins critiques;		Brigitte	Avril –mai 2013	
	Revoir les processus en lien avec la prestation de soins à l'unité multiclientèle mettre la bonne personne à la bonne place pour le temps requis tout en s'assurant de donner des soins de qualité et sécuritaire;	Un brancardier en place	Brigitte et Karine	Mai à septembre 2013	
Diminuer le déconditionnement chez la personne âgée pour éviter la prolongation de son séjour à l'hôpital	Revoir la structure de poste à l'unité multiclientèle ; Revoir la composition des 3 équipes sur l'unité multiclientèle; Mettre en place un brancardier-aide de service;				
Favoriser les départs dès la signature du congé du patient	Mettre en place une équipe de gestion de lits;				

Unité de jour					
Assurer la sécurité de la clientèle qui reçoit de la chimiothérapie	Augmenter de 21 heures/semaine la présence d'une infirmière à l'unité de jour pour permettre à l'infirmère de rester au chevet des patients qui reçoivent des traitements de chimiothérapies et ce, pour 3 mois;	L'infirmière à l'oncologie reste en permanence au chevet de la clientèle qui reçoit un traitement de chimiothérapie	Brigitte	Fin avril 2013	
	Transférer les activités de soins courants au secteur des soins courants d'ici 8 semaines;	Activités de soins courants transférés au plus tard au 1er juillet 2013	Brigitte et Frédéric Margot		
	Réorganiser le secteur de l'unité de jour - LEAN;	Se conformer à la structure de base	Brigitte, Ghislaine et Margot		
Maladies chroniques					
Optimiser l'offre de services en maladies chroniques	Dissocier les maladies chroniques de l'unité de jour-orienter une infirmière pour le bloc opératoire;	Un seul centre d'activités pour les maladies chroniques	Brigitte et RH		
	Mettre en place une équipe interdisciplinaire en prévention-promotion tout en assurant l'offre de services actuelle;				
	Développer une trajectoire de service maladies chroniques - et GMF;				
	Évaluer la valeur ajoutée de fusionner en un seul secteur d'activités l'équipe du GMF et l'équipe des maladies chroniques;				
Bloc opératoire					
Stabiliser l'équipe-arrimer l'équipe des soins infirmiers avec l'équipe d'inhalothérapeutes	Évaluer la valeur ajouté de mettre sous la chef de programme santé physique les inhalothérapeutes		Brigitte-Simon-Docteur Lévesque, chef de programme de la santé physique		

Brigitte Legault
Directrice de programmes et des soins infirmiers

7.2. Direction de programmes, de la qualité et du développement

Comment qualifier l'année 2012-2013 au CSSS de Kamouraska? Simplement hors du commun. En effet, il est très rare qu'un établissement, dans la même année financière, procède à une réorganisation complète d'un programme-clientèle, incluant la fermeture d'un centre d'hébergement de longue durée. De plus, nous avons déménagé un CLSC afin de l'annexer à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima.

La direction de programmes, de la qualité et du développement a piloté, non sans effort, ces changements majeurs. Nous sommes fiers d'avoir relevé ces défis de taille, mais nous sommes également conscients des bouleversements que la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin et du déménagement du CLSC La Pocatière ont provoqué chez les usagers, les employés, les syndicats et les gestionnaires. Des changements comme ceux-là soulèvent des questions, des inquiétudes et exploitent au maximum notre capacité d'adaptation.

Nous pouvons, comme organisation, nous féliciter du courage de nos décisions. Il n'est certes pas facile, ni très populaire, de faire de tels changements. Mais nous avons l'obligation de nous adapter aux besoins de notre population, au détriment parfois de notre routine, nos paradigmes actuels et nos habitudes.

Merci au personnel et aux gestionnaires pour leur dévouement et leur engagement de chaque instant envers la clientèle.

Suivi des priorités établies en 2012-2013

L'année dernière, dans notre direction, nous avions défini certaines priorités et pistes d'action auxquelles nous jugeons important de faire un suivi.

Le tableau suivant fait un rappel des priorités retenues et identifie les actions qui ont été menées en ce sens.

Priorités 2012-2013	Actions réalisées en lien avec les priorités retenues
Poursuivre l'amélioration de l'offre de service destinée aux personnes âgées.	Un grand chantier visant à adapter la gamme de services aux personnes en perte d'autonomie a débuté à l'automne 2012. Ce chantier inclut la révision et le rehaussement des services de soutien à domicile, l'amélioration des services en RI, l'ajustement du nombre de places en CHSLD, la spécialisation du centre de jour, etc.
Rencontrer les conditions d'Agrément Canada afin de préserver notre accréditation.	La direction de programmes, de la qualité et du développement a agi en support aux autres directions dans l'atteinte des normes d'Agrément. Toutes les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins ont été rencontrées, ce qui a permis à l'établissement de maintenir son accréditation. Félicitations à tous !!! En 2013-2014, nous préparerons la prochaine visite d'Agrément Canada, prévue pour le mois d'octobre 2014.

Priorités 2012-2013	Actions réalisées en lien avec les priorités retenues
Finaliser la relocalisation du CLSC La Pocatière.	Le déménagement du CLSC La Pocatière vers l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima a été un autre grand défi que l'établissement a relevé durant la présente année. Ce fut un travail de collaboration étroite entre les services techniques, les finances et les directions cliniques. Ce déménagement a permis de récupérer plus de 100 000 $ annuellement et d'éviter des coupures dans les services à la clientèle. De plus, ce rapprochement entre le CLSC et le CH aura des gains cliniques importants pour les usagers. Dans l'année qui vient, des ajustements aux locaux sont à prévoir pour finaliser ce projet.
Mettre à jour le plan local de santé publique.	À la fin mars 2013, le CSSS de Kamouraska a fait parvenir à l'Agence du Bas-Saint-Laurent, la mise à jour de son plan de santé publique. Ce plan a pour objectif de bonifier nos activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Plusieurs gestionnaires ont travaillé à l'élaboration de ce plan. Les organismes communautaires et partenaires ont pu émettre leurs commentaires. Notre direction avait pour mandat de piloter cette révision en profondeur du plan de santé publique. Bravo à Julye Letarte, gestionnaire responsable de ce dossier.

Principaux dossiers et chantiers réalisés en 2012-2013, par programme

Pour chacun des secteurs ou programmes, voici les principales réalisations de la dernière année :

Santé mentale, dépendance, services psychosociaux généraux adultes et point de service CLSC La Pocatière (gestionnaire : Frédéric Audibert)

- Poursuite des objectifs inclus dans le projet clinique en santé mentale et dépendance;
- Assumer un leadership partagé dans le déménagement du CLSC La Pocatière, en collaboration étroite avec les ressources techniques;
- Atteinte des pratiques organisationnelles requises dans les services en santé mentale, dans le cadre de la démarche d'agrément;
- Implantation de trajectoires de service en santé mentale et dépendance;
- Assumer l'intérim comme chef des services de soutien à domicile.

Gestion des risques, amélioration de la qualité, coordination du processus d'Agrément et éthique clinique (gestionnaire : Annie Chamberland)

- Soutien important aux autres directions dans le suivi de la visite d'Agrément Canada de 2011;
- Consolidation du comité d'éthique clinique du KRTB;
- Soutien au comité de gestion des risques;
- Support à la mise à jour de politiques et procédures dans divers secteurs de l'établissement, notamment le code blanc au CH et au CLSC La Pocatière;
- Co-animation d'une démarche d'optimisation des conditions d'exercice des cadres par la révision des horaires de travail et de la paie;
- Soutien aux gestionnaires sur la mise en place de pratiques visant la sécurité de la clientèle.

Enfance – jeunesse – famille et santé publique (gestionnaire : Julye Letarte)

- Participation et implication majeure dans la rédaction de projets de collaboration entre les partenaires jeunesse (COSMOSS);
- Consolidation du guichet d'accès pour les services destinés aux jeunes et leur famille;
- Mise à jour du plan local de santé publique, en lien avec le plan national et le plan régional;
- Poursuite des travaux dans le cadre de l'entente MSSS-MELS;
- Consolidation du programme visant à prévenir la négligence envers les enfants, en collaboration avec le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent.

Concertation avec le milieu et service d'organisation communautaire (gestionnaires : Frédéric Audibert, Julye Letarte et Frédéric Gagnon)

- Participation active à la concertation jeunesse (poursuite du plan d'action de Québec en forme, implantation d'Avenir d'Enfant, planification entourant l'arrivée de Réunir-Réussir);
- Soutien à l'Office municipal d'habitation de La Pocatière dans la construction et l'ouverture d'une résidence pour les personnes ayant un problème de santé mentale;
- En collaboration avec les partenaires du milieu, organisation d'un lieu de concertation local portant sur les enjeux de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Alliance Kamouraska);
- Soutenir l'organisme La Montée dans sa relocalisation (fin de bail au Centre d'hébergement D'Anjou);
- Recherche de solutions avec la Corporation Domaine Les Pèlerins, à Saint-André, pour pallier à la perte de revenus associée à la fin du bail du CLSC, prévu en octobre 2013.

Soutien à l'autonomie des personnes aînées (gestionnaires : Mireille Drapeau, Diane Duchesne, Suzanne Fortin et Guylaine Ouellet)

- Répertorier les problèmes vécus au soutien à domicile et faire un plan d'action, avec le personnel, visant à optimiser le temps de travail des infirmières à domicile;
- Effectuer une mise à jour complète des plans d'action découlant des visites ministérielles en CHSLD;
- Spécialiser une ressource intermédiaire pour les personnes adultes ayant une déficience physique;
- Procéder à l'appel d'offre et la phase de démarrage pour une « Unité transitoire de récupération fonctionnelle » (UTRF);
- Révision complète de l'hébergement temporaire dans la communauté, en remplacement de la formule d'hébergement temporaire en CHSLD;
- Implatation de la nouvelle trajectoire de service vers le soutien à domicile;
- Débuter les travaux entourant la révision du centre de jour communautaire et les services de santé courants;
- Procéder à la fermeture graduelle du Centre d'hébergement Thérèse-Martin et les investissements dans le service de soutien à domicile et la communauté;
- Rehausser progressivement les heures travaillées en CHSLD, soit au Centre d'hébergement D'Anjou et au Centre d'hébergement Villa Maria;
- Planifier des travaux de rénovation en CHSLD avec le soutien des services techniques.

Déficience physique et déficience intellectuelle-TED (gestionnaire : Frédéric Audibert)

PERSPECTIVES 2013-2014

- Poursuivre l'adaptation de l'offre de services destinée aux personnes en perte d'autonomie;
- Planifier et préparer la prochaine visite d'Agrément Canada, prévue pour octobre 2014;
- Améliorer et consolider nos activités en promotion de la santé et prévention des maladies chroniques;
- S'assurer de la mise en place du plan d'action local en santé publique;
- Évaluer le programme de première ligne en déficience intellectuelle-TED (implanté en 2011-2012).

Frédéric Gagnon
Directeur de programmes, de la qualité et du développement

7.3. Direction des services professionnels

Le directeur des services professionnels a comme mandat principal en vertu de la Loi de s'assurer que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et les départements qui le composent remplissent leurs mandats. Il siège d'office au comité exécutif du CMDP et s'assure du fonctionnement optimal de celui-ci.

Il s'assure également du bon fonctionnement des départements et si une obligation d'un chef de département ou une autre composante obligatoire n'est pas remplie, le directeur des services professionnels doit s'en charger, telles les listes de garde afin de prévenir le plus possible les interruptions de service.

En dehors des mandats légaux, le directeur des services professionnels assure le suivi des efforts de recrutement et facilite les démarches des candidats au recrutement. Il participe également aux activités du comité de direction et est partie prenante des dossiers régionaux sur les projets en cours et futurs et les recherches de solutions aux problématiques.

Suivi des objectifs annuels 2012-2013

Optimiser les soins pharmaceutiques
Plusieurs projets qui sont en voie de réalisation ou réalisés, tels SARMD, projet Lean, et ce, grâce à l'appui de madame Ghislaine Boucher, infirmière-conseil, qui a apporté son support à partir du mois d'août 2012. Le rapport du département de pharmacie explique ces réalisations.

De plus, il a été nécessaire d'accentuer l'implication d'une pharmacienne en oncologie. Il y a eu une augmentation de plus de 20% des usagers nécessitant des traitements en chimiothérapie durant l'année 2012-2013 alors qu'en 2011-2012, nous avions déjà obtenu une augmentation de 40% des soins en oncologie. Cette augmentation a limité la disponibilité d'une pharmacienne pour les autres tâches en pharmacie et cette situation a fait que les autres membres du département ont dû mettre les bouchées doubles.

Consolider les soins de 1re et 2e ligne
Un plan d'effectifs médicaux en médecine familiale comblé à 87% et bientôt à 90%, soit vingt-sept médecins sur trente, a permis de stabiliser la situation au niveau des soins en CLSC, en centre hospitalier ainsi qu'au niveau du GMF et ainsi, offrir des soins des plus optimaux à notre population.

L'offre de sans rendez-vous à notre GMF a permis de diminuer au-delà de 10% des consultations à l'urgence au cours de l'année 2012-2013. Cette situation est corroborée par un décompte sommaire des sans rendez-vous des différents sites du GMF de Kamouraska, ce qui représente plus de trois mille consultations sans rendez-vous et ce chiffre a tendance à augmenter de semestre en semestre.

L'arrivée à l'été 2013 d'une nouvelle interniste permettra de consolider les soins au niveau de la 2e ligne à l'Hôpital Notre-Dame de Fatima.

Favoriser la mise en place du DCN et son arrimage avec le projet d'un DCI de l'Agence et du DSQ du ministère
L'implantation du dossier clinique numérisé (DCN) et l'utilisation du logiciel de gestion des documents cliniques (GDC) depuis l'automne 2012 furent des outils de plus en plus utilisés par les différents intervenants et leur usage est appelé à augmenter au cours de la dernière année.

Poursuivre l'actualisation du projet médical
Les quarante-six recommandations produites dans le cadre du projet médical et celles qui sont sous les instances de la direction des services professionnels furent intégrées dans le plan d'action produit en 2011-2012 par la direction. Plusieurs de ces recommandations sont effectives alors que d'autres seront applicables lors d'une rénovation majeure de l'hôpital.

Autres sujets
Dans les objectifs des années antérieurs, nous pouvons ajouter qu'une entente en hématooncologie fut signée avec l'Hôtel-Dieu de Lévis au cours de l'année 2012.

Un accueil clinique et médical sera, en cours d'année, avec la réorganisation des services courants (ambulatoires) et que la mise en place du DCN et l'utilisation du GDC au CSSS de Kamouraska sont des outils indispensables pour optimiser nos ressources des archives et assurer la sécurité des informations contenues dans les dossiers des usagers. Une interface avec le système informatif du GMF sera un outil d'efficience pour optimiser le continuum de soins entre la 1re et 2e ligne au Kamouraska.

Objectifs 2013-2014 :
- Consolider les soins pharmaceutiques par le recrutement d'un pharmacien-chef;
- Participer aux travaux préparatoires à la visite d'Agrément prévue à l'automne 2014;
- Continuer la consolidation des soins de la 1re et 2e ligne au Kamouraska;
- Signer une entente avec le département d'anesthésiologie du Centre hospitalier régional de Rivière-du-Loup afin d'assurer une permanence et ainsi éviter des interruptions de services en anesthésiologie. Cette entente sera dans le cadre d'un poste RFI.

Sous sa responsabilité, la direction des services professionnels a supervisé :

LES SERVICES DIAGNOSTIQUES

Biologie médicale
Nous avons poursuivi les travaux en vue de l'Agrément. Plusieurs procédures déjà produites ont été approuvées et mises en vigueur. Certains travaux ont été réalisés dont l'installation d'un verrouillage électrique qui améliore la sécurité.

D'importants travaux ont été réalisés dans le cadre de l'intégration du CLSC La Pocatière touchant le secteur des prélèvements. En effet, la salle de prélèvements de même que la salle d'attente attenante ont été complètement rénovées de manière à permettre l'intégration des soins de santé courants.

Imagerie médicale
Les travaux relatifs à l'installation de notre nouvelle salle de radioscopie ont été exécutés. La livraison de l'équipement a eu lieu le 3 juillet 2012. Le 16 juillet 2012, l'installation était complétée et fonctionnelle.

Inhalothérapie-électrophysiologie
Nous avons augmenté considérablement le nombre d'autotitrations, procédure qui consiste en une évaluation du client en rapport avec l'apnée du sommeil. La lecture sur place de la carte d'enregistrement évite au client un déplacement à l'extérieur et permet la consultation immédiate avec le pneumologue.

Le secteur des maladies chroniques s'est vu bonifié d'une participation accrue de l'inhalothérapeute à raison d'une journée additionnelle par semaine, principalement pour le développement du programme d'arrêt tabagique.

Nous avons recruté un inhalothérapeute qui entrera en fonction en juin prochain. Sa présence permettra de consolider l'équipe en place, particulièrement au niveau du bloc opératoire.

Objectifs :

- Poursuivre les travaux relatifs au programme-qualité;
- Poursuivre l'implantation du logiciel de laboratoire TD-Synergie en collaboration avec l'Agence du Bas-Saint-Laurent et les autres établissements;
- Implanter le nouveau lecteur de bandelettes urinaires au laboratoire;
- Développer les potentialités de notre nouvel appareil de gaz sanguins, en particulier par l'offre de nouveaux examens faits localement.

LE DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

L'année 2012-2013 fut une année assez chargée en termes de projets. Nous avons poursuivi, en octobre 2012, le projet du système automatisé et robotisé de la distribution des médicaments (SARDM phase II). Un travail de collaboration avec le département de pharmacie du CSSS de Témiscouata a été très important considérant que la responsabilité d'ensacher la médication pour les centres d'hébergement du CSSS de Kamouraska était dédiée au CSSS de Témiscouata.

Un travail de planification en provenance du département de la pharmacie du CSSS de Kamouraska était nécessaire. Il a fallu faire la saisie de toutes les ordonnances dans le logiciel pour la clientèle au Centre d'hébergement D'Anjou, ce qui permettait de bâtir le profil pharmacologique avant de procéder à l'ensachage de la médication.

Pour assurer la réussite du projet dans sa phase d'implantation, nous avons intégré un centre d'hébergement à la fois. En janvier 2013, le Centre d'hébergement D'Anjou a vécu sa première expérience, suivi du Centre d'hébergement Villa Maria en mars 2013. C'est maintenant une réalisation, mais nous devons toujours garder notre vigilance quant à la mise à jour des profils pharmacologiques de la clientèle. C'est la première étape du processus qui assure une préparation sécuritaire de la médication.

Aussi, en octobre 2012, le département de pharmacie, en collaboration avec la direction des services professionnels, a peaufiné et révisé les politiques et les procédures du département. Ces actions ont permis de rappeler, auprès du personnel qui administre la médication, les lignes directrices et les attentes de la direction concernant la gestion de la médication ainsi que pour tous les services qui interagissent avec le département de pharmacie dans le cadre de leur dispensation des soins et des services. Ces politiques et procédures font maintenant partie d'une stratégie de communication pour une consultation plus conviviale par le personnel concerné.

Un autre objectif important, mais non le moindre, était de garder en place les actions prises lors du processus "Lean" qui comprenait le fonctionnement du département ainsi que le circuit du médicament avec l'unité multiclientèle. Ce projet ayant été fait dans un cadre d'efficacité et d'efficience du département, il ne fallait surtout pas perdre de vue les actions prises. Tout le personnel s'est assuré de maintenir ou de rappeler l'existence des actions.

De plus, notre contribution aux nouvelles normes d'Agrément pour le département de la pharmacie à titre de consultation et commentaires émis, a permis de mettre la table à notre prochaine visite d'Agrément qui est prévue en octobre 2014.

Toujours dans la préoccupation de donner de meilleurs services à notre clientèle, le bilan comparatif des médicaments (BCM) est implanté à l'unité de jour pour la clientèle qui reçoit des services en oncologie ainsi qu'à l'unité des soins intensifs. Le bilan comparatif des médicaments a comme objectif prioritaire, pour ne nommer que celui-là, d'assurer la sécurité et la qualité à la clientèle dans la prescription et la distribution de la médication, dès son admission et jusqu'à son congé et ainsi assurer le continuum de services incluant le milieu communautaire. Nous allons poursuivre l'implantation du BCM dans les autres services du CSSS de Kamouraska, entre autres l'urgence et l'unité multiclientèle.

Pour assurer une saine gestion du circuit des médicaments, un inventaire dans les pharmacies au commun a été fait dans les différents services. Les médicaments périmés et non utilisés ont été retirés des pharmacies. La participation plus accrue du département de pharmacie demeure un élément essentiel. Cette organisation permet d'apporter un suivi de la

médication et d'y faire le remplissage des pharmacies au commun en répondant à la mission du service. Considérant que le processus est bien enclenché et les premières étapes sont réalisées, il ne reste qu'à poursuivre pour en faire une réalisation imminente. Encore là, ce processus permettra de fournir la quantité de médicaments requise pour la clientèle et aussi un meilleur suivi dans les dates de péremption. Nous atteignons, par ces actions, un résultat de performance de niveau clinique et financier.

Dans la vision d'un travail interdisciplinaire, la présence d'une pharmacienne dans les réunions interdisciplinaires pour la clientèle en hébergement est une présence indispensable pour sa contribution à la révision de la médication pour nos personnes âgées ainsi que pour son expertise professionnelle. Les réunions se tiennent aux deux semaines pour chaque centre d'hébergement.

Dans la poursuite d'une pratique sécuritaire et en favorisant des réflexions dans une vision interdisciplinaire, un comité ad hoc est en place pour le programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé. Le CSSS de Kamouraska s'est doté d'un comité de surveillance des antibiotiques issu du comité de pharmacologie. Joint à la présente, le rapport annuel du comité de surveillance de l'usage des antibiotiques.

COMITÉ DE SURVEILLANCE DES ANTIBIOTIQUES
RAPPORT ANNUEL 2012-2013

Pour répondre à la circulaire 2011-021 « Mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'usage des antibiotiques en établissement de santé », le CSSSK s'est doté d'un comité de surveillance des antibiotiques, soit un comité ah doc, issu du comité de pharmacologie.

Les membres du comité pour 2012-2013 sont :

- Margot Cyr, technicienne en laboratoire
- Liliane Dubé, infirmière en prévention des infections
- Johanne Dumais, pharmacienne
- Josée Rousseau, médecin

Le comité s'est réuni à six reprises, entre septembre 2012 et avril 2013.

Voici un résumé des activités réalisées cette année :

- Mise en place d'un outil informatisé pour permettre de suivre l'évolution de l'utilisation des antibiotiques par le biais de la mesure des DDD (daily defined dose) par 1000 jours-présence (Surveillance quantitative). Les premières données seront disponibles à partir de la période 1 de l'année financière 2013-2014;
- Étude qualitative des infections urinaires (Surveillance qualitative) :
    - Examen des cartes d'antibiotiques utilisées au laboratoire;
    - Détermination du taux de résistance du *E.Coli* au CSSSK (CH et CHSLD);
    - Lecture des différents « guidelines » sur le sujet;
    - Formation des intervenants concernés sur les techniques de prélèvement des urines;
    - Ajout d'un message dans MédiRésult permettant de mieux identifier qu'il a été impossible de prélever de façon stérile l'échantillon d'urine;
    - Présentation sur le comité de surveillance des antibiotiques, ainsi que sur l'avancement des travaux :
        - Au CMDP, le 14 février 2013
        - Au comité de prévention des infections le 26 février 2013
    - Présentation au personnel médical et infirmier des « guidelines » sur les infections urinaires le 29 avril 2013.

Les objectifs du comité pour l'année 2013-2014 sont les suivants:

- Mettre sur pied toutes les activités nécessaires pour répondre aux exigences de la nouvelle pratique organisationnelle requise (POR) de l'Agrément : Gérance des antibiotiques;
- Faire la collecte de données et l'analyse des épisodes d'infections urinaires.

Nous espérons toujours qu'un troisième pharmacien fasse partie de l'équipe pour assurer une plus grande présence dans les soins pharmaceutiques.

Gaétan Lévesque, M.D.
Directeur des services professionnels

7.4. Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

L'année 2012-2013 a été toute une année de changements à la direction des ressources humaines et du développement organisationnel dont voici un bref aperçu chronologique :

12 mars 2012	Départ de madame Caroline Landreville, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel.
15 mai 2012	Nomination de monsieur Luc Adam *CPA, CA* comme directeur des ressources humaines et du développement organisationnel par intérim.
27 août 2012	Nomination de monsieur Marc Paradis comme chef du service des ressources humaines.
5 novembre 2012	Nomination de monsieur Jacques Bérubé comme conseiller cadre en gestion des ressources humaines.
30 novembre 2012	Départ à la retraite de madame Lise Caron chef du service des ressources humaines.
3 décembre2012	Nomination de monsieur Marcel Ouellet comme adjoint intérimaire à la direction des ressources humaines et du développement organisationnel.
7 décembre 2012	Départ de monsieur Marc Paradis chef du service des ressources humaines.

Donc, avec tous ces changements à la direction des ressources humaines et du développement organisationnel, nous avons tout de même poursuivi les travaux dans les divers secteurs d'activités de la gestion des ressources humaines. Au cours de l'année, la direction des ressources humaines et du développement organisationnel a été fortement sollicitée dans le virage du programme PPALV (Programme aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement) occasionnant d'importantes discussions avec les diverses instances syndicales.

À l'intérieur du virage dans le programme PPALV, nous retrouvons des investissements majeurs et également la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin. Étant donné la demande explicite de la direction générale, les gestionnaires de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel ont travaillé de concert avec les différentes instances syndicales à replacer les membres du personnel sans qu'il n'y ait de supplantation ou de personnel sécuritaire.

Les lignes qui suivent vous permettront de prendre connaissance des résultats des activités et des réalisations des divers secteurs de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel ayant eu cours durant l'année 2012-2013 :

- Le 27 novembre 2012, nous avons souligné, sous forme d'une dégustation de vins et fromages, l'activité de reconnaissance du personnel. À cette occasion, un cadeau était remis au personnel actif fêtant 15 et 25 ans de service ainsi qu'au personnel ayant quitté après 5-14, 15-24 et 25 ans de service au cours de l'année 2011-2012. Dans le cadre de cette activité, nous avons rendu hommage à trente-neuf (39) personnes;

- Élaboration et actualisation des politiques et procédures suivantes :
  - ❖ **DRHDO-PO-53 Politique encadrant le droit de refus selon la Loi sur la santé et la sécurité du travail**
  - ❖ **DRHDO-PO-54 Politique sur la vérification des antécédents judiciaires**
  - ❖ **DRHDO-PRO-09 Identification du personnel**
  - ❖ **DRHDO-PRO-53 Procédure encadrant le droit de refus selon la Loi sur la santé et la sécurité du travail**
  - ❖ **DRHDO-PRO-54 Procédure de gestion relativement à une demande d'horaire de quatre (4) jours (4/32)**

- Élaboration du comité sécurité ayant comme premier mandat la mise en place de la politique sur le code blanc;
- Poursuite des rencontres du comité PDRH et CPSST;
- Poursuite de l'implantation du processus d'accueil des nouveaux employés;
- Présentation de capsules d'information aux gestionnaires sur des sujets qui relèvent de la gestion des ressources humaines;
- Par l'intermédiaire du comité PDRH, la direction des ressources humaines et du développement organisationnel a publié dans le journal interne des articles où des collègues de travail ou des supérieurs reconnaissaient le travail et l'implication des membres du personnel.

Dotation

L'année financière 2012-2013 a été une année très chargée au niveau des affichages. Du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012, nous avons affiché 102 postes. Et du 1er janvier 2013 au 29 mars 2013, nous avons affiché environ 26 postes. Il y a eu beaucoup de mouvements de main-d'œuvre étant donné de nombreux départs à la retraite, des départs volontaires, des retours aux études, etc. Nous avons également dû embaucher des personnes supplémentaires pour pallier le manque de main-d'œuvre au niveau de la liste de rappel et pour combler les départs à la retraite.

De plus, cinq (5) contrats pour les CEPI (Candidat à l'exercice de la profession infirmière) ont été signés ce printemps. Nous sommes heureux d'accueillir ces personnes dans notre établissement qui feront une belle relève pour l'avenir. L'objectif premier de ces contrats est de rétentionner le personnel en soins infirmiers, car nous sommes en situation de vulnérabilité pour le titre d'emploi d'infirmière dans certains secteurs (unités administratives) de l'établissement.

Aussi, nous avons été présents lors de la « Journée Carrière en santé» à l'Université Laval en novembre 2012, où nous avons rencontré des étudiants qui cheminent pour un titre d'emploi de niveau professionnel, c'est-à-dire, des travailleurs sociaux, des psychologues, des personnes qui étudient en administration des affaires, des infirmières cliniciennes, etc. Nous avons également participé à la « Journée Carrière en soins infirmiers » au Cégep de La Pocatière le 9 octobre 2012. Nous avons rencontré en entrevue, les étudiants de 3e année cheminant en soins infirmiers. Finalement, nous avons tenu une séance d'information sur les possibilités d'emploi à titre de préposé aux bénéficiaires et à titre d'auxiliaire aux services de santé et sociaux auprès des étudiants du Pavillon de l'Avenir concernant le programme de D.E.P. en assistance à la personne en établissement de santé et à domicile.

De plus, nous avons eu recours encore cette année à des méthodes de recrutement peu coûteuses qui sont disponibles dans notre région, soit le Carrefour jeunesse emploi, Emploi Québec, le Centre service Canada pour jeunes, le site Santé Montréal. À l'extérieur de la région, il y a eu le site de placement de l'Université Laval, celui de l'Université de Montréal, l'Université d'Ottawa, l'Université de Sherbrooke ainsi que différents cégeps des régions environnantes. Aussi, pour le recrutement, nous avons fait affaires avec le Centre de formation professionnelle du Pavillon de l'Avenir. Pour des emplois plus spécialisés, nous avons dû aller dans les journaux régionaux, provinciaux et parfois faire appel aux ordres professionnels ainsi qu'au site de Jobillico. Pour pallier le manque d'effectifs pour les remplacements du personnel infirmier, nous avons dû avoir recours à des agences.

Également au cours de l'année, nous avons renouvelé notre adhésion, avec la collaboration des entreprises de la MRC de Kamouraska, au projet de placement des conjoints, et ce, via une plateforme Web.

En ce qui a trait aux statistiques pour l'année 2012-2013, il y a eu 88 embauches et 99 départs.

Formation et développement de main-d'œuvre

Du côté du développement du personnel et toujours en respectant les compressions imposées par la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (loi 100), de nombreuses formations ont encore, en 2012-2013, été offertes aux employés. Voici quelques exemples des principales formations ayant eu cours dans cette dernière année financière :

- Formation RCR (réanimation cardio-respiratoire) et RCR néonatale;
- Poursuite du programme sur « l'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) »;
- Nous avons poursuivi et achevé la formation « Agir » pour améliorer l'autonomie;
- La formation sur les « Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires » a été donnée à l'ensemble du personnel en CHSLD;
- Nous avons terminé la formation sur la « Gestion des documents cliniques »;
- Poursuite de la formation SIMDUT;
- Approche milieu de vie;
- Intervenir auprès de la personne suicidaire;
- Maltraitance;
- Syndrome du bébé secoué;
- OMÉGA;
- Etc.

Dans le cadre du plan de développement des ressources humaines, dimension mobilité et orientation de carrière, nous avons entrepris des démarches pour aider les employés déjà en poste au CSSSK à accéder à d'autres titres d'emploi. L'an dernier, de concert avec la Commission scolaire Kamouraska-Rivière-du-Loup, nous avons organisé une séance d'information portant sur le programme de reconnaissance des acquis. Certains membres de notre personnel ont commencé la formation sur la reconnaissance des acquis avec la Commission scolaire Kamouraska-Rivière-du-Loup. Il leur a également été offert d'effectuer leur stage au CSSSK.

En ce qui concerne la formation « PDSB » (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires), nos formateurs ont donné cette formation à plus de 15 personnes travaillant ou en processus de travailler en résidences privées, et ce, dans le cadre du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence privée pour personnes âgées.

Planification de main-d'œuvre

Départs à la retraite						
Année	TC	TPR	TPO	Total		
2012-2013	22	10		32		
2011-2012	17			17		
2010-2011	16	2		18		
2009-2010	21	6		27		
2008-2009	27	3	1	31		
2007-2008	15	6	1	22		
2006-2007	13	5		18		
Départs à la retraite par unité d'accréditation						
Année	FIIQ	FTQ	CSN	PROF.	CADRE	Total
2012-2013	10	12	6	1	3	32
2011-2012	9	5	1	1	1	17
2010-2011	8	6	4			18
2009-2010	9	10	5	2	1	27
2008-2009	9	11	2	3	6	31
2007-2008	6	12	2	1	1	22
2006-2007	6	8	2		2	18

Départs progressifs à la retraite			
Année	Nouveaux contrats	Contrats en cours	Contrats actifs
2012-2013	9	21	30
2011-2012	12	14	26
2010-2011	4	14	18
2009-2010	2	18	20
2008-2009	7		7
2007-2008	11		11
2006-2007	5		5

	Départs progressifs à la retraite par direction			
Direction	2012-2013	2011-2012	2010-2011	2009-2010
DPSI	6	13	14	13
DPQD	10	7	2	4
DSP	4	4	1	1
DRFTI	1	2	1	2
DRHDO				
Total :	21	26	18	20

Les statistiques ci-dessus nous démontrent que le nombre d'employés admissibles à la retraite augmente d'année en année.

Au cours de l'année 2012-2013, 5% du personnel est parti à la retraite à l'âge moyen de 58,5 ans. Pour 2013-2014, 10% du personnel sera admissible à la retraite, soit 64 personnes.

La retraite progressive est très utilisée dans notre établissement. C'est un moyen de terminer une carrière sans s'essouffler et de rester actif au sein de l'organisation. L'utilisation de la retraite progressive a permis de garder à l'emploi des employés expérimentés un (1) ou deux (2) ans de plus. Cette façon de faire donne la possibilité aux plus jeunes d'intégrer graduellement le travail en leur permettant de poursuivre leurs études ou en leur garantissant un emploi éventuel.

Cette année, une étroite collaboration entre le service santé et celui des avantages sociaux a permis à des employés de prendre des informations leur permettant de faire un choix éclairé quant à un retour à l'emploi ou la planification de leur fin d'emploi.

Le service de planification à la retraite permet à l'employeur d'avoir l'heure juste sur les intentions du personnel et il a été crucial dans l'aménagement de la structure de l'offre de service du CSSSK pour entreprendre le virage du maintien à domicile.

Santé et sécurité au travail

Le comité paritaire santé et sécurité au travail (CPSST) est toujours présent dans l'organisation. Différentes recommandations ont été faites dans la dernière année. De plus, les accidents de travail et les incidents déclarés sont tous analysés à chacune des rencontres de sorte que nous puissions corriger les situations problématiques afin qu'elles ne se reproduisent plus.

Le programme PRATA+ (Programme de retour au travail adapté plus) a également été mis en application à diverses reprises ce qui nous a permis de favoriser un retour au travail mieux adapté à plusieurs travailleurs du CSSSK.

Des analyses ergonomiques de postes de travail ont été réalisées par l'Agence de la santé afin de réduire les problématiques pouvant être développées à long terme par des postures ou des postes de travail mal adaptés que ce soit au niveau des postes à écran, à la buanderie ou à la cuisine et d'émettre des recommandations.

De nombreux efforts ont également été faits par le service santé en vue d'assurer une rigueur et une conformité dans les suivis des dossiers. Ces efforts ont certainement contribué à faire en sorte que nous parvenions à respecter la cible fixée en début d'année par le MSSS concernant l'assurance salaire. En effet, nous terminons l'année 2012-2013 avec un taux d'absentéisme de 4,81% alors que la cible pour notre établissement avait été fixée à 5,5 %.

Relations de travail

Cette année fut marquée par une importante révision de l'offre de service du programme PPALV ce qui eut pour effet l'annonce de la fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin. À la suite de cette annonce, les relations de travail sont devenues plus tendues et nous avons vu une augmentation substantielle du nombre de griefs.

De plus, nous avons réalisé un projet LEAN sur l'amélioration des conditions de travail des cadres ce qui a eu un impact sur la gestion des horaires. Ce projet LEAN a provoqué des questionnements en regard des conventions collectives ce qui a nécessité des échanges avec les syndicats pour son application. Ces discussions devront se poursuivre au cours de l'année 2014 puisque nous allons devoir modifier substantiellement les conventions collectives locales pour être en mesure d'appliquer ces changements.

Les rencontres, en comité des relations de travail, se sont tenues régulièrement au cours de l'année. Ceci a permis de régler certains litiges ainsi que de faciliter les communications et la coopération entre les syndicats et l'employeur.

Les quatre tableaux ci-dessous dressent l'état de la situation concernant les griefs pour l'année 2012-2013 :

État des griefs du (1er avril 2012 au 31 mars 2013)		**Syndicat des professionnelles en soins de Québec (SPSQ - FIQ)**	
Description	Nombre	**Description**	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	39	Nombre de griefs réglés durant l'année	27
Nombre de griefs déposés durant l'année	31	Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	**70**	**Total :**	**27**

Nombre de griefs à la fin de l'année	43
Nombre de griefs en voie de règlement	26

État des griefs du (1er avril 2012 au 31 mars 2013)		**Syndicat québécois des employés-es de service, section locale 298 (FTQ)**	
Description	Nombre	**Description**	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	9	Nombre de griefs réglés durant l'année	15
Nombre de griefs déposés durant l'année	39	Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	**48**	**Total :**	**15**

Nombre de griefs à la fin de l'année	33
Nombre de griefs en voie de règlement	28

État des griefs du (1er avril 2012 au 31 mars 2013)		Syndicat des employés-es de bureau du CSSSK (CSN)	
Description	Nombre	**Description**	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	8	Nombre de griefs réglés durant l'année	1
Nombre de griefs déposés durant l'année	9	Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	**17**	**Total :**	1

Nombre de griefs à la fin de l'année	16
Nombre de griefs en voie de règlement	7

État des griefs du (1er avril 2012 au 31 mars 2013)		Syndicat des techniciens-nes et professionnels-les de la santé du Kamouraska (CSN)	
Description	*Nombre*	**Description**	*Nombre*
Nombre de griefs au début de l'année	2	Nombre de griefs réglés durant l'année	1
Nombre de griefs déposés durant l'année	4	Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	**6**	**Total :**	1

Nombre de griefs à la fin de l'année	5
Nombre de griefs en voie de règlement	2

Au cours de l'année 2012-2013, le personnel de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel a fait preuve de professionnalisme et de rigueur, malgré le mouvement exceptionnel qu'il a subi. En mon nom personnel et celui de l'organisation, je tiens à remercier chaleureusement tout le personnel de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel pour leur dévouement tout au long de l'année. Également, nous leur souhaitons bonne chance dans les défis à venir pour la prochaine année.

Le directeur des ressources humaines et du
développement organisationnel par intérim,

Luc Adam, CPA, CA

7.5. Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

L'année 2012-2013 a été une année de grands chantiers autant au niveau des ressources financières (suivi intensif de l'équilibre budgétaire), techniques (déménagement du CLSC Les Aboiteaux - Point de service de La Pocatière et agrandissement du stationnement) et informationnelles (mise en service du « Dossier clinique numérisé »). La direction des ressources financières, techniques et informationnelles couvre les secteurs suivants : comptabilité, analyse financière, approvisionnement, informatique, sécurité des actifs informationnels, téléphonie, alimentation, buanderie, entretien ménager, installations matérielles, transport, génie biomédical, gestion des déchets, gestion de l'énergie et la sécurité de nos infrastructures.

Voici un bref aperçu des réalisations de la direction par secteurs :

Ressources financières

- Suivi intensif des résultats budgétaires périodiques aux différentes directions;
- Suivi des mesures mises en place afin de répondre aux exigences de la loi 100 et d'optimisation;
- Préparation des politiques suivantes :
  - Gestion des espaces de stationnement;
  - Gestion des déchets biomédicaux.
- Préparation des procédures suivantes :
  - Facturation des usagers – CLSC;
  - Facturation des usagers externes – Hôpital;
  - Facturation des usagers internes – Hôpital;
  - Tarification des espaces de stationnement;
  - Essai de fournitures médicales et chirurgicales pour évaluation;
  - Gestion de la petite caisse;
  - Procédure d'accès au « Dossier clinique numérisé » (DCN);
  - Procédure d'accès à l'applicatif « Gestion des documents cliniques » (GDC);
  - Procédure d'acheminement des documents à la numérisation;
  - Gestion des équipements informatiques et de télécommunications.
- Préparation du rapport financier annuel, Fonds de santé au travail, de l'équipe locale;
- Achat de plusieurs équipements médicaux par le Fonds Desjardins pour un total de 58 100 $ dont voici les principaux :
  - Lits électriques;
  - Fauteuils de marche;
  - Fauteuils roulants;
  - Fauteuils auto-souleveurs;
  - Tables adaptées.
- Support financier important du Fonds Desjardins d'un montant de 56 300 $ afin de supporter l'établissement pour de la formation PDSB et l'approche milieu de vie;
- Achat de plusieurs équipements médicaux, à même le budget d'immobilisations de l'établissement, pour un total de 1 482 211 $ dont voici les principaux :
  - Table de chirurgie;
  - Équipements salle radiofluoroscopie (730 000 $);
  - Stérilisateur à vapeur;

- Laveur-décontaminateur;
- Tourniquet orthopédique;
- Colposcopie;
- Microscope ORL;
- Analyseur de PH et gaz sanguin;
- Tour de laparascopie;
- Moniteur signes vitaux.

- Achat d'équipements médicaux par la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima au cours de l'exercice pour un total de 10 500 $ dont voici un bref aperçu :
  - Civière pédiatrique;
  - Projets soins palliatifs;
  - Projet centre de jour.

- Également, nous avons reçu une somme de 10 900 $ d'Opération Enfant Soleil qui a servi à l'acquisition d'équipements médicaux :
  - Tire-lait;
  - Lits électriques;
  - Glidescope.

Ressources techniques

- Au cours de l'année 2012-2013, les services techniques ont réalisé des travaux de rénovations fonctionnelles et de maintien d'actifs pour un montant de plus de 2 570 000 $ dont les principaux sont :
  - Relocalisation du CLSC Les Aboiteaux – Point de service de La Pocatière;
  - Remplacement génératrice au Centre d'hébergement D'Anjou et à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Géothermie au Centre d'hébergement D'Anjou;
  - Mise aux normes entrées d'eau et remplacement plomberie;
  - Remplacement des contrôles de chauffage du pavillon Cécile-Malenfant;
  - Remplacement du débarcadère au magasin à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Remplacement des entrées électriques à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Mise aux normes de la salle de retraitement à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Mise aux normes des entrées électriques;
  - Réfection du toit à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Réfection de la salle de fluoroscopie à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Projets de chambres de soins palliatifs dans les centres d'hébergement;
  - Mise aux normes pour protection des incendies à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Mise aux normes du système de ventilation à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Réfection du salon des médecins à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima.

- Également le projet de déménagement du CLSC Les Aboiteaux – Point de service de La Pocatière dans les locaux du pavillon Cécile-Malenfant a nécessité l'utilisation de plusieurs mois de travaux par les services techniques.

Ressources de l'hôtellerie

- Participation continue (par des rencontres), au niveau de la politique alimentaire, mise en place de nouveaux produits, etc.
- Dans le cadre du projet « Amélioration de l'alimentation en CHSLD », la technicienne en diététique désignée par l'Agence a effectué une mise à jour au niveau des textures, recettes des soupes-repas, soupes en purée, etc.
- Participation active au dossier des zones grises par l'inventaire des équipements visés par le projet à l'Hôpital, CLSC et CHSLD.
- Mise en place du stationnement payant à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima. Une personne ressource a été désignée, pour une période de quelques mois, afin d'expliquer le processus à la population qui se présente à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima. Un dépliant explicatif a été remis à chaque utilisateur du stationnement.

Ressources informationnelles

- Poursuite et finalisation des travaux entourant le remplacement de l'application « Dossier patient numérisé » (DPN) par le « Dossier clinique numérisé » (DCN) :
  - Ajustement final de l'arborescence DCN-GDC « Gestion des documents cliniques » (GDC);
  - Finalisation de la formation des utilisateurs pour l'applicatif GDC;
  - Déploiement de l'applicatif GDC dans tout le CSSSK;
  - Formation des utilisateurs pour l'applicatif Purkinje (DCN);
  - Mise en production du DCN et arrêt du DPN (le 5 novembre 2012);
  - Rehaussement de la solution de numérisation;
  - Début de la numérisation des documents antérieurs en CLSC.

- Poursuite de l'inventaire des documents cliniques :
  - Création, officialisation, révision et diffusion de nombreux documents cliniques;
  - Début de la révision sur le processus d'autorisation des documents cliniques;
  - Mise en place de gabarit spécifique pour l'ordonnance individuelle et l'ordonnance collective;
  - Numérotation des protocoles et ordonnances collectives.

- Poursuite des travaux visant à l'amélioration des outils de travail informatiques :
  - Virage vers les clients légers (près de 120 postes de travail);
  - Rehaussement et mise à niveau de l'infrastructure réseau interne afin d'avoir un réseau robuste pour recevoir de nouveaux postes de travail suite au déménagement du CLSC Les Aboiteaux - Point de service de La Pocatière à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima;
  - Déménagement des postes de travail des employés du CLSC Les Aboiteaux - Point de service de La Pocatière.

En conclusion, toutes ces réalisations sont le résultat de beaucoup d'efforts faits par les équipes de la DRFTI et je tiens sincèrement à les remercier pour leur travail constant tout au cours de l'année 2012-2013.

Directeur des ressources financières,
techniques et informationnelles

8. REMERCIEMENTS AUX BÉNÉVOLES DU CSSSK

Lors d'une activité organisée dans le cadre de la semaine de l'action bénévole, la direction du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a souligné la contribution essentielle des personnes engagées et dévouées qui donnent de leur temps et leur l'énergie pour améliorer la santé et le bien-être de chacun et chacune.

ANNEXES

I. INFORMATION RELATIVE AUX RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Fonds d'exploitation - activités principales — exercice terminé le 31 mars 2013 - NON AUDITÉE

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation c.1 - c.2 3
Personnel cadre (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (note 1)	01	17	15	2
Temps partiel (note 1):				
Nombre de personnes	02	4	6	(2)
Équivalents temps complet	03	2	3	(1)
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	04			
Personnel régulier (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (note 2)	05	277	281	(4)
Temps partiel (note 2):				
Nombre de personnes	06	187	192	(5)
Équivalents temps complet	07	110	113	(3)
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	08		1	(1)
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	09	153,930	153,319	611
Équivalents temps complet (note 3)	10	84	84	0

Note 1: excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2: excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

Note 3: Les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

II. INFORMATION CONCERNANT LES ÉTATS FINANCIERS ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska

Résultats sommaire
du fonds d'exploitation
pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
Total des Revenus (AS-471 p. 200 ligne 12)	43 379 560 $	42 590 824 $
Total des Charges (AS-471 p. 200 ligne 28)	43 021 724 $	41 328 787 $
Surplus de l'exercice (AS-471 p. 200 ligne 29)	357 836 $	1 262 037 $
Transfert au fonds d'immobilisations (AS-471 p.202 ligne 7)	(95 631 $)	(1 253 658 $)
Surplus net de l'exercice après transfert au fonds d'immobilisations (AS-471 p.270-00 note 1)	262 205 $	8 379 $

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exploitation	Immobilisations	Total	
		Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	01	39,399,418	3,811,491	43,210,909	40,479,662
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	02				
Contributions des usagers	03	1,110,147	xxxx	1,110,147	1,223,086
Ventes de services et recouvrements	04	466,928	xxxx	466,928	354,257
Donations (FI:P294)	05		61,271	61,271	86,234
Revenus de placement (FI:P302)	06	54,404	9,217	63,621	53,389
Revenus de type commercial	07		xxxx		
Gain sur disposition (FI:P302)	08				
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (FI:P302)	11	328,663	2,891	331,554	281,026
TOTAL (L.01 à L.11)	12	43,379,560	3,884,870	47,264,430	44,476,654
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	30,602,563	xxxx	30,602,563	30,347,466
Médicaments	14	1,611,701	xxxx	1,611,701	1,581,438
Produits sanguins	15	467,981	xxxx	467,981	392,328
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1,043,409	xxxx	1,043,409	948,870
Denrées alimentaires	17	597,669	xxxx	597,669	587,277
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	2,136,361	xxxx	2,136,361	1,774,307
Frais financiers (FI:P325)	19		698,568	698,568	703,369
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	523,938	28,907	552,845	477,964
Créances douteuses	21	14,036	xxxx	14,036	6,931
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	xxxx	1,900,288	1,900,288	1,748,250
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	xxxx	1,841	1,841	7,492
	25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (FI:P325)	27	6,024,268		6,024,268	5,901,561
TOTAL (L.13 à L.27)	28	43,021,724	2,629,604	45,651,328	44,477,433
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	357,836	1,255,266	1,613,102	(1,179)

Colonne 2: établissements publics seulement

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		FONDS		TOTAL	
		Exploitation Ex. courant	Immobili. Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	01	52,428	166,951	219,379	220,558
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	03				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	04	52,428	166,951	219,379	220,558
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	05	357,836	1,255,266	1,613,102	(1,179)
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser)	06				
Transferts interfonds (préciser) Note 3	07	(95,631)	95,631	0	
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	08		xxxx		
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Total des autres variations (L.06 à L.09)	10	(95,631)	95,631	0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	314,633	1,517,848	1,832,481	219,379
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	xxxx	xxxx		
Affectations d'origine interne	13	xxxx	xxxx		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	xxxx	xxxx	1,832,481	219,379
Total (L.12 à L.14)	15	xxxx	xxxx	1,832,481	219,379

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

		Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire) 01	3,510,104	762,928	4,273,032	3,327,489
Placements temporaires 02				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408) 03	1,031,964	127,856	1,159,820	861,930
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400) 04	407,369	105,447	512,816	526,806
05	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Créances interfonds (dettes interfonds) 06	15,550	(15,550)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408) 07	1,445,079	(2,273,618)	1,171,461	(419,734)
Placements de portefeuilles 08				
Frais reportés liés aux dettes 09		56,493	56,493	48,567
10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
11	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p360, FI: p400) 12	40,523		40,523	24,118
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12) 13	6,450,579	(1,238,446)	7,212,133	6,360,876
PASSIFS				
Emprunts temporaires (FI: p403) 14		1,647,832	1,647,832	1,378,613
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408) 15	9			
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401) 16	3,498,739	343,569	3,842,308	6,730,485
Avances de fonds en provenance de l'agence enveloppes décentralisées 17	xxxx	1,069,172	1,069,172	1,284,406
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401) 18		127,856	127,856	148,816
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p394) 19	1,512,315	1,190,326	2,702,641	1,933,028
20	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403) 21		21,217,580	21,217,580	19,558,851
Passifs environnementaux 22	xxxx			
Passif au titre des avantages sociaux futurs 23	3,577,510		3,577,510	3,103,864
24	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p361, FI: p401) 25	55,885	200	56,085	1,925,418
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25) 26	8,644,449	25,596,535	34,240,984	36,013,476
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26) 27	(193,870)	(26,834,981)	(27,028,851)	(29,652,600)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations (FI: p420, 421, 422) 28	xxxx	28,352,829	28,352,829	26,137,216
Stocks de fournitures (FE: p360) 29	403,984	xxxx	403,984	433,269
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400) 30	104,519		104,519	197,630
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30) 31	508,503	28,352,829	28,861,332	26,768,115
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT 32				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32) 33	314,633	1,517,848	1,832,481	(2,884,485)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-05)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: établissements publics seulement
L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro
L.32 : applicable aux établissements privés seulement

Nom de l'établissement	Code	Page
CSSS de KAMOURASKA	2104-2379	206

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Fonds		Total	
		Exploitation 1	Immobilisations 2	Ex. courant (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	01	(578,471)	(25,970,266)	(26,548,737)	(25,295,867)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	03				
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	04	(578,471)	(25,970,266)	(26,548,737)	(25,295,867)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (F.200 L.29)	05	357,836	1,255,266	1,613,102	(1,179)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions (F:P421)	06	xxxx	(4,117,741)	(4,117,741)	(2,845,188)
Amortissement de l'exercice (F:P422)	07	xxxx	1,900,288	1,900,288	1,748,250
(Gain)/Perte sur dispositions (F:P204)	08	xxxx	1,841	1,841	7,492
Produits sur dispositions (F:P208)	09	xxxx			
Réduction de valeurs (F:P420,421-00)	10	xxxx			
Ajustements des immobilisations (F:P422, 421-00)	11	xxxx	xxxx	xxxx	
	12	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	13	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	xxxx	(2,215,612)	(2,215,612)	(1,109,446)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	15		xxxx		
Acquisition de frais payés d'avance	16				
Utilisation de stocks de fournitures	17	29,285	xxxx	29,285	(66,866)
Utilisation de frais payés d'avance	18	93,111		93,111	(75,378)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	122,396		122,396	(142,244)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20	(95,431)	95,431	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	384,601	(864,715)	(480,114)	(1,252,869)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(193,870)	(26,834,981)	(27,028,851)	(26,548,736)

Nom de l'établissement	Code	Page
CSSS de KAMOURASKA	1104-1379	208-00

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

État des flux de trésorerie

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	01	1,633,102	(1,178)
Éléments sans incidence sur la trésorerie:			
Créances douteuses	02	18,035	6,721
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	03		
Stocks et frais payés d'avance	04	123,196	(142,244)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	05	1,841	7,492
Perte (Gain) sur disposition de placement	06		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations			
-Gouvernement du Canada	07		
-Autres	08	749,613	34,965
Amortissement des immobilisations	09	1,900,298	1,748,250
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11		18,291
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		xxxx
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		xxxx
Autres	14		
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie (L.02 à L.14)	15	2,808,174	1,671,786
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	(1,510,211)	351,176
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	2,891,065	2,023,784
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Immobilisations:			
Acquisitions	18	(4,117,761)	(2,865,184)
Produits de disposition	19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(4,117,761)	(2,865,184)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements de portefeuilles:			
Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(1,590,495)	(110,597)
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(1,590,495)	(110,597)

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

État des flux de trésorerie (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Variation des dettes:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	01	4,133,530	1,826,881
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	02	(1,585,982)	(1,824,204)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	03	(838,819)	(837,453)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	04	(210,216)	767,650
Capitalisation de l'escompte et de la prime	05		
Capitalisation des gains ou pertes de change	06		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	07		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	08	4,537,570	2,306,914
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	09	(4,127,370)	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	10	(135,981)	(4,757)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	11		
Variations d'autres éléments:			
Fonds d'amortissement du gouvernement	12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L.01 à L.12)	13	1,762,714	1,834,981
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.17+L.20+L.25 + P.208-01, L.13)	14	(1,054,457)	883,479
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	5,327,489	4,444,010
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	4,273,032	5,327,489
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	4,273,032	5,327,489
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
Total (L.17 + L.18)	19	4,273,032	5,327,489
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Immobilisations:			
Comptes à payer sur les immobilisations	20		
Intérêts:			
-Intérêts créditeurs (revenus)	21		
-Intérêts encaissés (revenus)	22		
-Intérêts débiteurs (dépenses)	23		
-Intérêts déboursés (dépenses)	24		
Placements temporaires			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	25		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant	26		
Échéance supérieure à 3 mois:			
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	27		
- Placements effectués	28		
- Placements réalisés	29		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant (L27 + L28 - L29)	30		

Tous les fonds | exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
Avoirs financiers:			
Espèces, effets en main et dépôts en circulation	01		
Débiteurs Agence-MSSS	02	(307,935)	(164,184)
Autres débiteurs	03	14,092	(37,647)
Créances interfonds et interétablissements	04		
Intérêts courus à recevoir sur placement	05		
Frais reportés liés aux dettes	06	(4,926)	9,267
Autres éléments d'actifs	07	(16,406)	2,726
Provision pour créances douteuses	08	(14,036)	(6,911)
Escompte ou prime	09		(18,791)
Chèques en circulation	10		
Créditeurs Agence-MSSS	11		
Autres créditeurs et frais à payer	12	(2,888,172)	(57,646)
Intérêts courus à payer sur emprunts	13	(20,965)	(16,135)
Avance de fonds en fiducie	14		
Transfert du gouvernement du Canada à rembourser	15		
Dettes interfonds et interétablissements	16		
Provision pour perte sur les interventions financières garanties	17		
Revenus reportés à court terme	18	(1,819,719)	635,451
Passifs environnementaux	19		
Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées	20		
Autres éléments de passifs	21	3,177,016	
Variation des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement (1.01 à 1.21)	22	(1,910,211)	351,176

Notes aux états financiers - AUDITÉE | Exercice terminé le 31 mars 2013

NOTE 1 - RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 202, lignes 5 et 7 est traité de la façon suivante :

Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 262 205 $ après transfert au fonds d'immobilisations (voir tableau ci-contre) et est imputé au solde des ACTIVITÉS PRINCIPALES :

- Surplus avant transfert fonds d'immobilisations	357 836 $
- Moins transfert au fonds d'immobilisations	(95 631)$
- Excédent des revenus sur les charges après transfert au fonds d'immobilisations	262 205 $

NOTE 2 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat :

De maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Kamouraska en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Kamouraska.

Le siège social du centre est situé à St-Pascal. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la MRC de Kamouraska.

En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

NOTE 3 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable
Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations
La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice
La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable
Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

Note 3 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Revenus
Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des agences ou de d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatés et comptabilisés aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisés par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'établissement, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant.L'établissement comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites.De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers
Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions,des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation,sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements,réalisés à partir d'un solde prêté,appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus
Les sommes reçues par don,legs,subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée,à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services
Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Note 3 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Débiteurs
Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds
Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêt.Aucun frais de gestion ne peut être chargé par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission,escompte et prime liés aux emprunts
Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dette à long terme
Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec
Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent.Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Régime de retraite
Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP),au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE).Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux,compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations
Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût.Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Note 3 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis:

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	50 ans
Améliorations majeures aux bâtiments	25 à 50 ans
Mobiliers, matériels et équipements	3 à 25 ans
Matériels roulants	5 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance
Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stock
Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers
Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendrent des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements (agences). Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds
Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs.

Note 3 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

La comptabilité de l'établissement est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le fonds d'exploitation : Fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

Le fonds d'immobilisations : Fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Classification des activités
La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : Les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

Activités accessoires : Les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités
En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires
Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure
Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière,compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Note 3 : DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre
L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

NOTE 4 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs
Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	520 756 $	424 763 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	520 756 $	424 763 $
Charges - avantages sociaux	58 535 $	35 419 $
Subventions - MSSS	60 574 $	35 419 $

Subventions (transferts) gouvernementales
Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si un établissement octroie une subvention, il doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où un établissement est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), il doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères

d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les établissements bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (transfert) est obtenue :

- Lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- Lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent de fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des établissements qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif,c'est-à- dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification de convention comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable
La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subvention à recevoir-Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	1 130 252 $
Subventions - Gouvernement du Québec	1 130 252 $
Surplus (déficits) de l'exercice	1 130 252 $

NOTE 5 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), l'établissement a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement,c'est-à-dire pour les activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation.

Notes aux états financiers - AUDITÉE | exercice terminé le 31 mars 2013

NOTE 5 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités du Fonds d'immobilisations.

Les prévisions budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration relatives aux activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation sont comparées aux données réelles correspondantes :

		Réel 1	Budget 2
ACTIVITÉS PRINCIPALES :			
Revenus			
Financement de l'Agence ou du MSSS			
Budget net avec incidence sur trésorerie	01	37 648 671 $	35 031 583 $
Rectificatif (au net)	02	147 668 $	0
Budget sans incidence sur la trésorerie :	03		
Produits sanguins	04	557 051 $	402 929 $
Rénovations fonctionnelles mineures (EPC)	05		
Augmentation (diminution) du financement	06	1 033 250 $	1 445 609 $
Variation des revenus reportés	07	12 778 $	326 359 $
Sous-total (L.01 à L.07)	08	39 399 418 $	37 206 480 $
Revenus provenant des usagers	09	3 130 147 $	3 258 926 $
Revenus d'autres sources	10	156 815 $	213 351 $
Autres revenus non budgétisés	11	494 597 $	150 844 $
Total des revenus (L.08 à L.11)	12	43 180 977 $	40 829 601 $
Charges			
Coûts directs bruts des centres d'activités ou sous-centres d'activités	13	41 843 096 $	40 586 458 $
Transferts de frais généraux	14		
Charges non réparties	15	980 045 $	243 143 $
Total des charges (L.13 à L.15)	16	42 823 141 $	40 829 601 $
Surplus (déficit) des activités principales avant contributions de l'avoir propre et interfonds (L.12 - L.16)	17	357 836 $	
Contributions de l'avoir propre et interfonds (au net) (préciser)	18		
Surplus (déficit) des activités principales après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.17 + L.18)	19	357 836 $	
ACTIVITÉS ACCESSOIRES			
Revenus	21	198 583 $	250 636 $
Charges	22	198 583 $	250 636 $
Surplus (déficit) des activités accessoires (L.21 - L.22)	23		
Surplus (déficit) du fonds d'exploitation après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.19 + L.23)	24	357 836 $	

Fonds d'exploitation — Exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Activités principales 1	Activités accessoires 2	Total (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P162)	01	39,399,418		39,399,418	38,705,696
Subventions Gouvernement du Canada (C1:P290/C2:P291)	02				
Contributions des usagers (P300)	03	3,130,147	xxxx	3,130,147	3,223,096
Ventes de services et recouvrements (P320)	04	466,928	xxxx	466,928	354,557
Donations(C1:P290/C2:P291)	05				
Revenus de placement (P309)	06	54,404		54,404	41,799
Revenus de type commercial (P351)	07	xxxx			
Gain sur disposition (P352)	08				
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (P302)	11	130,080	198,583	328,663	266,586
TOTAL (L.01 à L.11)	12	43,180,977	198,583	43,379,560	42,590,824
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C1:P320/C2:P301)	13	30,430,694	171,869	30,602,563	30,347,466
Médicaments (P333)	14	1,611,701	xxxx	1,611,701	1,581,838
Produits sanguins	15	467,981	xxxx	467,981	392,328
Fournitures médicales et chirurgicales (P340)	16	1,043,409	xxxx	1,043,409	948,870
Denrées alimentaires	17	597,669	xxxx	597,669	587,237
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2,136,361	xxxx	2,136,361	1,774,507
Frais financiers (P325)	19		xxxx		
Entretien et réparations (C1:P650 c/a 7400)	20	523,938		523,938	419,540
Créances douteuses (C1:P301)	21	14,036		14,036	6,931
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	23	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (P325)	24	5,997,352	26,714	6,024,066	5,260,430
TOTAL (L.13 à L.24)	25	42,823,141	198,583	43,021,724	41,328,787
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	357,836	0	357,836	1,262,037

III. INFORMATION CONCERNANT LE TABLEAU DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
L'établissement ne s'est pas conformé aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses pratiques comptables en ne distinguant pas les frais reliés aux stationnements comme activité accessoire. S'il l'avait fait, il aurait été en contravention de l'article 115 de la Loi sur les services de Santé et les Services sociaux qui mentionne que les activités accessoires doivent s'autofinancer.	2011-2012	C	Au cours de l'année 2012-2013, l'établissement a procédé à la mise en place d'une politique de gestion des espaces de stationnement (15 mai 2012) et d'une procédure de tarification des espaces de stationnement (30 octobre 2012). Le début de la tarification des espaces de stationnement a débuté le 18 février 2013.		X	
Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant comme il a été fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible pour l'établissement.	2011-2012	R	À la fin de l'année 2012-2013, nous avons inscrit aux livres les obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire tel que demandé par le MSSS.	X		

140-00

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
L'Établissement n'a pas reçu de l'Agence de la Santé et des Services sociaux du Bas-Saint-Laurent le résultat de l'analyse des états financiers du 31 mars 2009, du 31 mars 2010 et du 31 mars 2011 et par conséquent les corrections, s'il y a lieu, n'ont pas été comptabilisées au AS-471 du 31 mars 2012.	2011-2012	C	Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence de la Santé et des Services sociaux du Bas-Saint-Laurent a fait l'analyse des états financiers du 31 mars 2009, du 31 mars 2010, du 31 mars 2011 et du 31 mars 2012. Suite à l'analyse des états financiers, aucune correction n'a été nécessaire.	X		
L'Établissement n'a pas présenté les frais reliés aux stationnements comme activité accessoire.	2011-2012	C	Au cours de l'année 2012-2013, l'établissement a procédé à la mise en place d'une politique de gestion des espaces de stationnement (15 mai 2012) et d'une procédure de tarification des espaces de stationnement (30 octobre 2012). Le début de la tarification des espaces de stationnement a débuté le 18 février 2013.		X	

140-01

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
Rapport à la gouvernance						
« Des écarts ont été relevés sur la liste d'inventaire du magasin. Des tests supplémentaires ont été faits et un autre écart fut relevé. L'écart est dû au format des items en inventaire versus le prix unitaire. L'autre écart concerne une erreur de quantité »	2011-2012	C	Lors de notre prise d'inventaire, faire les ajustements avant l'arrivée des auditeurs.	X		
« Aucune approbation des conciliations bancaires n'est faite ».	2011-2012	C	À partir de septembre 2012, toutes les conciliations bancaires ont été approuvées par une personne différente de celle qui prépare la conciliation bancaire.	X		
« Lors de notre audit du système des achats déboursés-fournisseurs, nous avons relevé que des bons de commande n'avaient pas été complétés ».	2011-2012	C	À partir de septembre 2012, un bon de commande manuel est préparé pour les travaux touchant les services techniques, par le coordonnateur des services techniques et un suivi se fait par le service des finances (bon de commande et facture).	X		
« Au niveau du travail en CLSC, les dossiers des patients sont numérisés longtemps après les interventions ou seulement lorsque les plans d'intervention sont terminés ».	2011-2012	C	En date du 31 août 2012, 100 % des dossiers CLSC ont été numérisés et intégrés dans le « Dossier clinique numérisé ».		X	
« L'Établissement ne calcule aucun intérêt sur les contributions des usagers impayées, et ce, contraire- ment à l'article 519 de la Loi sur les services de Santé et les Services sociaux ».	2011-2012	C	Suite à une décision du comité de vérification, des immobilisations et des ressources informationnelles en date du 27 février 2013, il a été convenu que pour seulement les comptes à recevoir des usagers, il n'y aura pas de frais d'intérêt de chargé.			X

MALLETTE

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2013.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés (suite)

Notre opinion sans réserve indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autre point

Le 1er avril 2012 une nouvelle norme de comptabilisation des paiements de transfert est entrée en vigueur (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public). Une discussion quant à l'interprétation de cette norme est présentement en cours entre différentes instances. Le Ministère de la santé et des services sociaux est d'avis que l'application de cette norme n'entraine aucun impact pour les établissements du secteur de la santé (voir note 4 de la page 270). Le présent rapport annuel a donc été établi en ce sens. La profession ne s'étant pas encore positionner quant à l'interprétation de ce chapitre, il est présentement impossible d'évaluer les modifications qui pourraient survenir. Toute modification, s'il y a lieu, sera comptabilisée dans l'exercice alors en cours.

Mallette S.E.N.C.R.L.[1]

Mallette, S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Rivière-du-Loup, Québec
Le 11 juin 2013

[1] CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique no A113347

MALLETTE

V. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska

CODE D'ÉTHIQUE
ET DE
DÉONTOLOGIE

DES MEMBRES DU
CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

Adopté en février 1998

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3

2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS 3

3. DEVOIRS SPÉCIFIQUES 4
   - 3.1. Les mesures de prévention 4
   - 3.2. L'identification de situations de conflits d'intérêts 5
   - 3.3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes 6
   - 3.4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat 6

4. RÉGIME DE SANCTIONS 7

5. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ 8

6. LA PUBLICATION DU CODE 8

LES ANNEXES

Annexe A – Engagement personnel 9

Annexe B – Serment ou affirmation de discrétion de toute personne chargée de faire enquête 10

Annexe C – Déclaration des intérêts d'un administrateur autre le directeur général 11

Annexe D – Déclaration des intérêts du directeur général 12

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

2.1 Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;

2.2 Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;

2.3 Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;

2.4 Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;

2.5 Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa formation;

2.6 Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;

2.7 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;

2.8 Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;

2.9 La conduite d'un membre du conseil d'administration doit être empreinte d'objectivité et de modération;

2.10 Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

3. DEVOIRS SPÉCIFIQUES

3.1 Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;

3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

5. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;

6. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;

7. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;

8. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

3.2 L'identification de situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;

2. Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

3. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;

4. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;

5. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :

   - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;

   - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

6. Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;

7. Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;

8. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3.3 Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

1. Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;

2. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;

3. Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;

4. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

3.4 Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

4. RÉGIME DE SANCTIONS

4.1 Tout manquement ou omission concernant une norme ou un devoir prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;

4.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

4.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;

4.4 Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;

4.5 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;

4.6 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;

4.7 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;

4.8 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi et au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;

4.9 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;

4.10 Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

5. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

5.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;

5.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe B du présent code.

6. LA PUBLICITÉ DU CODE

6.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande;

6.2 L'établissement doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;

6.3 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

ANNEXE A

ENGAGEMENT PERSONNEL

Chaque membre du conseil d'administration doit signer l'engagement suivant
dont l'original sera conservé dans les registres du conseil

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____

Date Signature

ANNEXE B

SERMENT OU AFFIRMATION DE DISCRÉTION
DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE

Si le président ou le vice-président demande une enquête, il est essentiel d'en assurer la confidentialité. C'est pourquoi toute personne chargée de faire enquête doit signer la déclaration qui suit.

Je, _____ , jure (ou affirme solennellement) que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la Loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge.

_____ _____

Date Signature

ANNEXE C

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS
D'UN(E) ADMINISTRATEUR (TRICE) AUTRE QUE LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ administratrice, administrateur de l'établissement CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui sont susceptibles d'en faire. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.*

   _____

   _____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui est susceptible de le devenir. *Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés.*

   _____

   _____

3. J'occupe les emplois suivants : p*réciser l'emploi et nommer l'employeur.*

   Emploi — Employeur

   _____

   _____

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____

_____
Signature de l'administratrice ou de l'administrateur

ANNEXE D

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____

Directeur général du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ainsi que les établissements concernés :*

   _____

   _____

2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées :*

   _____

   _____

3. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non. *Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés.*

   _____

   _____

4. J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non. *Préciser l'emploi et nommer l'employeur :*

   Emploi Employeur

   _____

   _____

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____

_____

Signature du directeur général

Fondation de L'Hôpital de Notre-Dame de Fatima

Rapport annuel 2012

Mot du président

C'est avec une fierté à peine dissimulée que je vous propose aujourd'hui pour une 4e année, le rapport annuel 2012 de la Fondation de l'Hôpital-de-Notre-Dame de Fatima. Vous y retrouverez entre autres, la synthèse des activités de la dernière année ainsi que les résultats de nos activités de financement.

La raison d'être de la Fondation de l'Hôpital-de-Notre-Dame de Fatima est d'agir comme grand partenaire du CSSS de Kamouraska en aidant à combler ce qui n'est pas subventionné ou insuffisamment subventionné par le gouvernement. La Fondation a pour mission de sensibiliser les principaux secteurs de la population à l'importance de leur rôle afin que le CSSS de Kamouraska soit en mesure de répondre aux besoins de santé et sociaux des citoyens du Kamouraska et maintenir ces services dans le milieu kamouraskois.

C'est ainsi que la Fondation a pu, a travers ses diverses activités, contribuer à la réalisation de projets prioritaires identifiés par le CSSSK, dont le projet de construction et d'aménagement des secteurs de l'oncologie et soins palliatifs de l'Hôpital-de-Notre-Dame de Fatima. Grâce à la générosité de tous les donateurs, à tous ceux et celles qui ont répondu à l'appel lors de cette campagne, la Fondation, a pu élargir les horizons de ce projet. L'achat de pompes volumétriques et l'aménagement de 2 chambres dédiés-soins palliatifs en CHSLD, sont en voie de réalisation et se concrétiseront au cours du prochain exercice.

En 2012, pour une troisième année consécutive, la Fondation a présenté un projet à Opération Enfant Soleil afin de doter notre service de pédiatrie et d'obstétrique de certains équipements plus adéquats. C'est donc un octroi de 8 434 $ que nous avons obtenu pour l'achat d'un lit électrique pédiatrique , un tire-lait et un GlideScope pour intubation. Puisque Opération Enfant Soleil accepte de défrayer 80 % du projet retenu, la Fondation se doit de contribuer 20 % de ce projet, ce qui représente une somme de 2 108,50 $.

Cette année, une nouvelle activité s'est tenue du côté de Saint-Pascal, plus précisément à l'Église. Un concert de Noël au profit du Centre de jour de Saint-Pascal a été présenté à la population. Dix artistes de la région se sont réunis bénévolement pour offrir une prestation digne des plus grands à la population. Les profits s'élevant à 2 900 $ ont été amassés sous forme de contribution volontaire des spectateurs et aussi grâce à la générosité des artistes qui ont choisi de redonner le cachet habituellement offert par Ville Saint-Pascal.

Le conseil d'administration de la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame de Fatima reçoit et évalue régulièrement des demandes de financements provenant du CSSS de Kamouraska, que ce soit pour l'Hôpital, les CHSLD ou le CLSC. En 2012, un total de 67 655 $ a été versé au CSSSK. L'aide précieuse de chacun contribue à l'atteinte des résultats. On se doit de souligner aussi la participation de bénévoles qui ont aidé à l'organisation et au déroulement des activités de financement. Merci à tous pour avoir contribué à l'évolution croissante de la Fondation de l'Hôpital-de-Notre-Dame-de-Fatima et par la même occasion de l'Hôpital-de-Notre-Dame-de-Fatima, CHSLD et CLSC.
Pour bien refléter l'importance du temps qui est investit pour notre Fondation, pour l'avancement de sa mission, il suffit de se rappeler un des passages de la célèbre histoire du « Petit prince » :

« C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante »

Mon regard vers l'avenir entrevoit des développements importants pour le CSSS de Kamouraska et ma « vision » actuelle est de poursuivre dans la réalisation d'autres projets déterminants de façon stratégique pour le maintien de la qualité et la pérennité des soins de santé et services sociaux offerts à la population desservie par le CSSS de Kamouraska.

On ne sait jamais le moment où des soins nous serons nécessaires, que ce soit de façon urgente ou non. Le CSSSK, par son hôpital et ses autres sites de soins (CLSC et CHSLD), sera là pour nous offrir des soins de qualité et de proximité.

Enfin , merci à tous ceux et celles qui de près ou de loin, contribuent au succès et à l'évolution de la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame de Fatima.

Gaétan Lévesque, md

Président du conseil d'administration

Les membres du Conseil d'administration et le personnel

Le président :	Docteur Gaétan Lévesque
Le vice-président :	M. Pierre Marchand
La secrétaire-trésorière :	Mme Aline Fortin
Les administrateurs :	M. René Chamard
	M. Mario Chouinard
	M. André Gagnon
	M. Jeannot Michaud
	Mme Guylaine Ouellet
	M. Yvan Tardif
	M. Léopold Vocelle
Observateur :	Mme Lyne Pelletier
Le personnel :	Mme Sophie Robichaud, directrice générale

Rapport détaillé des activités de l'année 2012

- **Conseil d'administration;**

  Le conseil d'administration s'est réuni à 3 reprises entre le 1er janvier et le 31 décembre 2012 et les principaux sujets ont porté sur :

  - le suivi de la campagne de souscription oncologie/soins palliatifs;
  - analyse des demandes d'équipements de la part du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska. En plus de l'aménagement des chambres soins palliatifs en CHSLD, des pompes volumétriques pour l'oncologie et des équipements pédiatriques relatifs au projet Opération Enfant Soleil, la Fondation a accepté de financer les équipements suivants : moniteurs de pression artérielle, matériel de dentisterie pour le bloc opératoire, civière pédiatrique, civière régulière matériel d'ergothérapie, matériel de stimulation;
  - appui de la Fondation à une demande de subvention auprès d'Opération Enfant-Soleil pour l'année 2013;
  - préparation du tournoi de golf et du souper bénéfice.

- **5 à 7 Dénomination locaux Soins palliatifs**

  Une activité 5 à 7 a eu lieu le 20 juin 2012 pour l'inauguration et la dénomination des locaux dédiés aux soins palliatifs à l'Hôpital de Notre-Dame de Fatima. Les représentants du Club Lions de La Pocatière, de la Caisse populaire de l'Anse et du Regroupement des caisses populaires du Kamouraska, étaient présents. La presse étant aussi présente, nous avons donc pu bénéficier d'une belle couverture médiatique faisant la première page du journal Le Placoteux. L'activité a permis d'officialiser la concrétisation de la deuxième et dernière partie du projet découlant de la Campagne de financement « Je soigne mon Hôpital » pour l'oncologie et les soins palliatifs tenue en 2009.

- **Souper bénéfice Club Lions - Fondation**

  Le souper bénéfice tenu le 11 novembre 2012 sous la présidence d'honneur de Monsieur Jean Dallaire a rapporté un bénéfice net de 4 382 $ pour la Fondation. L'activité fût très appréciée de tous et il semble que la formule avec animation et thématique aussi. Nous tenons à souligner l'importance de la collaboration entre la Fondation et le Club Lions de La Pocatière qui fait de cette activité une belle réussite année après année.

- **Membership**

  79 personnes se sont procuré leur carte de membre pour l'année 2012.

- **Tournoi de golf juin 2012**

  Sous la présidence d'honneur de Docteur Jean-Jacques Lavoie, et toujours avec la significative participation du Regroupement des Caisses Populaires Desjardins du Kamouraska, cette activité a généré un bénéfice de 5 470 $.

- **Activité spéciale Concert – Je chante pour nos aînés**

  Le 9 décembre 2012, avait lieu à l'Église de Saint-Pascal, un concert de Noël, au profit de la Fondation de l'Hôpital-de-Notre-Dame de Fatima, pour l'achat d'équipements au Centre de jour de Saint-Pascal. L'évènement a permi d'amasser la somme de 2 900 $. Cette représentation fut très appréciée de tous. Encore une fois, merci à tous les artistes bénévoles pour ce beau spectacle.

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT PLANIFIÉES POUR 2013

- De janvier à décembre 2013, recrutement des membres.
- Le 1 juin 2013, tournoi de golf.
- Souper bénéfice en collaboration avec le Club Lions de La Pocatière le 9 novembre 2013.
- Décembre 2013 Concert de Noël, Église de Saint-Pascal.

CONCLUSION

En juin 2012, nous avions projeté un revenu net de 14 072 $. L'année s'est soldée par un bénéfice de 41 184,77$.

L'excédent net de 41 184,77 $, ajouté aux avoirs des années précédentes, représente au 31 décembre 2012, un actif net de 1 065 779 $. Nous sommes tous heureux de voir augmenter notre actif net dépassant le million de dollars. Ce qui est encore plus significatif, c'est que durant cet amassement d'actif, la Fondation a remis au cours des 29 dernières années près de 1 300 000 $ dans différents projets soumis par le CSSS de Kamouraska.

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska se préoccupe d'offrir une excellente qualité de soins et de services.

Joignez-vous à notre équipe !

Contactez-nous en vous adressant à la
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL
aux numéros suivants :

418 856-7000, poste 3220 (secrétariat)
ou le
418 856-7000, poste 3214 (secteur dotation)